



HAL
open science

Infertilité "normale" vs infertilité "pathologique": une opposition en question. Normes et pratiques françaises de l'AMP face à l'infertilité féminine liée à l'âge.

Manon Vialle

► To cite this version:

Manon Vialle. Infertilité "normale" vs infertilité "pathologique": une opposition en question. Normes et pratiques françaises de l'AMP face à l'infertilité féminine liée à l'âge.. Sociologie. EHESS, 2017. Français. NNT: . tel-01796327

HAL Id: tel-01796327

<https://shs.hal.science/tel-01796327>

Submitted on 19 May 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

École doctorale de l'EHESS
Centre Norbert Elias - UMR 8562

Doctorat en Sciences Sociales
Discipline : Sociologie

MANON VIALLE

**INFERTILITÉ « NORMALE » vs INFERTILITÉ « PATHOLOGIQUE » :
UNE OPPOSITION EN QUESTION.**

NORMES ET PRATIQUES FRANÇAISES DE L'AMP FACE À L'INFERTILITÉ FÉMININE
LIÉE À L'ÂGE

Thèse dirigée par : Irène THÉRY

Date de soutenance : le 11 décembre 2017

Jury :

Laurence HÉRAULT (Professeure à Aix-Marseille Université – IDEMEC), Rapporteur

Séverine MATHIEU (Professeure à l'EPHE – IESR), Rapporteur

Marc BESSIN (Directeur de recherche au CNRS – IRIS)

Jérôme COURDURIÈS (Maître de conférence à l'Université Toulouse Jean Jaurès –
LISST-Cas)

Magali MAZUY (Chargée de recherche – INED – Centre Max Weber)

Cette thèse a bénéficié d'une bourse de la Fondation Mustela en 2012, d'un financement de l'association AECF en 2013, d'une bourse de la Caisse des Dépôts de l'EHESS en 2014, et d'un financement de l'Agence de la Biomédecine en 2015.

REMERCIEMENTS

Quelle drôle d'idée que de se lancer dans un doctorat, sans un projet déjà bien ficelé, sans financement, armée seulement de la motivation et curiosité de s'y aventurer et de le mener du mieux que possible jusqu'à son terme. Nul doute que cette route s'annonçait longue et parsemée d'obstacles bien que je n'imaginai pas à quel point. Le principal d'entre eux fut bien sûr la question du financement dont la seule recherche s'est avérée pendant longtemps constituer une grande partie du temps pouvant être consacré à la thèse. D'autres difficultés sur ce temps long, outre les incertitudes financières, furent celles propres à la recherche, alternant les périodes de doutes, de frustration et celles d'enthousiasme. Il fallut beaucoup de motivation et de détermination pour mener à bien ce travail dont l'aboutissement a aussi été permis par mes nombreux soutiens.

Mes remerciements vont en premier lieu à Irène Théry, dont l'encadrement a été essentiel pour mener cette recherche. Ses encouragements m'ont permis de ne jamais abandonner, de retrouver la confiance quand elle semblait perdue, de raffermir ma volonté. Ses conseils et critiques m'ont fait prendre conscience de mes limites et m'ont fourni les moyens de les dépasser.

Je remercie les médecins qui m'ont accueilli et m'ont permis la réalisation des deux enquêtes, en particulier Blandine Courbiere et Pierre Boyer, qui ont répondu avec enthousiasme à mes sollicitations et à mes questions. Je remercie aussi toutes les femmes qui ont accepté de participer à ma recherche et de partager leurs vécus, parfois douloureux.

Je remercie en particulier Blandine Courbiere pour son aide apportée à mon projet de recherche en réponse à l'AOR de l'ABM, qui m'a permis d'avoir un financement important pour réaliser cette thèse.

Je remercie aussi Lydie Perrin, dont l'aide a été précieuse pour réaliser toutes mes demandes de financement.

Mes remerciements vont aussi aux collègues doctorants et chercheurs qui m'ont encouragé et aidé de diverses façons. Merci à Anne-Sophie pour nos débriefings réguliers. Merci à mes relectrices et relecteurs, en particuliers à Anne-Sophie et Aurélie pour avoir eu le courage de relire les premières versions quelque peu chaotiques de mon travail, mais aussi à Hélène, Léa, Giulia, Anaïs et Marien. Merci aux copains et copines du CNE et d'Efigies, Giulia, Johanna, Fleur, Luigia, Cécile, Irene, Kelley, Rémi, Marie, Anaïs, Léa, Perrine, Marien, Julie... pour les échanges réguliers et les moments de partage de découragement comme d'euphorie.

Je remercie également ma famille, en particulier mes parents, qui m'ont soutenus, aidés et encouragés pour mener à terme cette thèse.

Mais cette « longue route » a surtout été partagée avec Romu qui plus que quiconque m'a soutenu, encouragé, donné la force et la confiance dont je manquais parfois. Il m'a montré sans cesse que les errements psychologiques, les doutes ne doivent pas remettre en cause les buts que l'on se fixe et sont communs à tout un chacun, qu'il soit artiste, entrepreneur, navigateur ou chercheur. Je le remercie du fond du cœur.

RESUME

La croissance de l'infertilité féminine liée à l'âge dans les sociétés européennes et nord-américaines suscite une augmentation de demandes en matière d'assistance médicale à la procréation (AMP) et amène chaque société à s'interroger sur ses normes et pratiques. En France, cette question est un révélateur de la spécificité du modèle bioéthique qui encadre les techniques d'AMP, ainsi que de ses tensions et contradictions croissantes. La particularité de ce modèle est de se présenter comme strictement « thérapeutique » et de reposer sur l'opposition entre infertilité « normale » et infertilité « pathologique ». Cette opposition en nourrit une autre, à connotation plus morale, celle qui distingue une AMP *légitime* et une AMP dite « *de convenance personnelle* », légitimant un discours social et médical particulièrement conservateur et réactif face aux perspectives d'utilisation des techniques médicales dans le but de pallier l'infertilité féminine liée à l'âge.

À partir de deux enquêtes, l'une auprès de professionnels de l'AMP et l'autre auprès de femmes confrontées à une infertilité liée à leur âge, cette thèse propose d'appréhender l'infertilité dans une démarche pragmatique, en s'inscrivant dans une approche relationnelle. Elle révèle ainsi que les règles d'accès à l'AMP en France et le discours social, reposant sur l'opposition entre les deux infertilités, s'appuient sur une vision trop étroite, simplifiée et au fond ininterrogée de l'infertilité elle-même. Notre recherche permet de mettre au jour l'existence de référents normatifs non pris en compte par ce modèle, qui s'avèrent pourtant centraux dans les pratiques des professionnels et des femmes. Elle ouvre ainsi vers une approche plus complexe de l'infertilité à la fois biologique, mais aussi et toujours sociale, relationnelle et temporelle.

Mots-clés : Infertilité, âge, assistance médicale à la procréation, normal/pathologique, genre

ABSTRACT

Growth in age-related female infertility in European and North American societies raises demands for assisted reproductive technologies (ART) and leads each society to question its norms and practices. In France, this question reveals the specificity of the bioethics model that frames the techniques of ART, as well as its increasing tensions and contradictions. The particularity of this model is to present itself as strictly "therapeutic" and to rely on the opposition between "normal" infertility and "pathological" infertility. This opposition encourages one another, with a more moral connotation, that distinguishes a legitimate ART and an ART called "personal convenience", legitimizing a social and medical discourse that is particularly conservative and reactive in the face of prospects for the use of medical techniques for the purpose to mitigate female infertility related to age.

Based on two surveys, one with ART professionals and the other with women facing age-related infertility, this thesis proposes to understand infertility in a pragmatic approach by adopting a relational approach. It thus reveals that the rules governing access to ART in France and social discourse, based on the opposition between the two types of infertilities, are based on a too narrow, simplified and, in the end, not taking into consideration the view of infertility itself. Our research makes it possible to discover the existence of normative referents not taken into account by this model, which are nevertheless central in the practices of professionals and women. This thesis opens up a more complex approach to infertility that is both biological, but also and always social, relational and temporal.

Keywords: Infertility, age, assisted reproductive technologies, normal/pathological, gender

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	5
RESUME.....	6
ABSTRACT	7
TABLE DES MATIERES	9
INTRODUCTION.....	13
<u>PARTIE 1 – INFERTILITE, AGE ET GENRE DANS L’AMP : ETAT DE LA QUESTION, HYPOTHESE ET OBJECTIFS.....</u>	<u>21</u>
<u>CHAPITRE 1 : LE DISCOURS SOCIAL CONTEMPORAIN SUR LE RECOURS A L’AMP EN FRANCE : UNE OPPOSITION ENTRE INFERTILITES « NORMALE » ET « PATHOLOGIQUE ».....</u>	<u>23</u>
1. LE DISCOURS SOCIAL : « HORLOGE BIOLOGIQUE » DES FEMMES ET STEREOTYPES SUR LA MATERNITE A PLUS DE 40 ANS.....	25
2. LE CADRE LEGAL DE L’AMP : UNE OPPOSITION FONDATRICE ENTRE DEUX INFERTILITES.....	32
A. LE MODELE BIOETHIQUE FRANÇAIS DE L’AMP : L’OPPOSITION NORMAL/PATHOLOGIQUE	33
B. LA LIMITE D’AGE : ILLUSTRATION DE LA « NATURALISATION » DU CORPS DES FEMMES EN AMP	38
C. LE DON ET L’AUTOCONSERVATION DES OVOCYTES : UN EXEMPLE DE L’OPPOSITION ENTRE AMP LEGITIME ET AMP « DE CONVENANCE »	41
3. LA MONTEE D’UN DISCOURS MORAL ANTI-TECHNIQUE FONDE SUR L’OPPOSITION ENTRE RESPECT DE LA NATURE ET « CONVENANCE PERSONNELLE »	46
<u>CHAPITRE 2 : AMP, INFERTILITE, AGE DES FEMMES : LES SCIENCES SOCIALES ET LA NOTION DE « NATURALISME »</u>	<u>59</u>
1. LES MATERNITES « TARDIVES » : UNE NOTION DISCUTEE EN SOCIOLOGIE ET DEMOGRAPHIE	60
2. L’OPPOSITION « FEMME-NATURE » ET « HOMME-CULTURE » : LES APPORTS DE LA SOCIO-ANTHROPOLOGIE.....	69
3. AMP, INFERTILITE, AGE ET GENRE : L’ANALYSE DES SCIENCES SOCIALES ET LA CRITIQUE DU « NATURALISME »	76
<u>CHAPITRE 3 : HYPOTHESE, DEMARCHE, OBJECTIFS : L’AGE, REVELATEUR DES APORIES DE L’OPPOSITION DES DEUX INFERTILITES</u>	<u>87</u>

1. L'OPPOSITION ENTRE INFERTILITE « NORMALE » ET « PATHOLOGIQUE » AU PRISME D'UNE ETUDE DE L'INFERTILITE FEMININE LIEE A L'AGE EN AMP.....	88
2. UNE APPROCHE RELATIONNELLE ET TEMPORELLE.....	92
3. UNE SOCIOLOGIE DES PARCOURS DE VIE.....	96
4. CANGUILHEM, LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE : DE L'OPPOSITION A LA DISTINCTION	97
5. LE CHOIX DE DEUX ENQUETES	102

PARTIE 2 – ENQUETE 1 : LES PROFESSIONNELS DE L'AMP FACE A L'INFERTILITE FEMININE LIEE A L'AGE..... 105

CHAPITRE 4 : PRESENTATION DE L'ENQUETE « PROFESSIONNELS » 108

1. CONTEXTE DE L'ENQUETE ET HYPOTHESES.....	108
2. OBJECTIFS	111
3. METHODOLOGIE.....	112
A. UNE ENQUETE COLLECTIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS	113
B. EXPLOITATION SECONDAIRE DES ENTRETIENS : L'INFERTILITE FEMININE LIEE A L'AGE	115
C. UNE ENQUETE COMPLEMENTAIRE : RETOUR SUR LE TERRAIN	117

CHAPITRE 5 : LE DISCOURS DES PROFESSIONNELS : UNE QUASI-REPRISE DU MODELE BIOETHIQUE FRANÇAIS..... 119

1. LE MODELE « NATURALISTE » DE L'INFERTILITE AU CŒUR DU DISCOURS DES PROFESSIONNELS	120
2. LES PROFESSIONNELS FACE A L'INFERTILITE FEMININE LIEE A L'AGE : ENTRE DISCOURS CRITIQUES ET COMPREHENSIFS	127

CHAPITRE 6 : LA PRATIQUE DES PROFESSIONNELS : UNE PRISE EN COMPTE MECONNUE DE LA DIMENSION SOCIALE DE L'INFERTILITE 140

1. L'IMPORTANCE DU PROFIL SOCIAL DES COUPLES DANS LA DECISION DE PRISE EN CHARGE EN AMP.....	142
2. LA DIMENSION RELATIONNELLE DE L'INFERTILITE : LA PRISE EN CHARGE D' « UN COUPLE » .	156

CHAPITRE 7 : LA PRATIQUE DES PROFESSIONNELS : PAR-DELA L'OPPOSITION NORMAL/PATHOLOGIQUE 163

1. LA PRISE EN CHARGE S'EMANCIPE DE L'OPPOSITION ENTRE LES DEUX INFERTILITES	164
A. LES INFERTILITES INEXPLIQUEES	165
B. LES GROSSESSES SPONTANEEES	168
C. LES INFERTILITES FEMININES LIEES A L'AGE	170

2. DANS LA ZONE GRISE DE L'INFERTILITE : LA « COURSE CONTRE LA MONTRE » DES PROFESSIONNELS.....	180
CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE.....	188
<u>PARTIE 3 – ENQUETE 2 : L'EXPERIENCE DES FEMMES QUADRAGENAIRES EN AMP ; LES TRAJECTOIRES BIOGRAPHIQUES.....</u>	193
<u>CHAPITRE 8 : PRESENTATION DE L'ENQUETE « PATIENTES ».....</u>	196
1. METHODOLOGIE	196
2. DES ENQUETEEES BIEN LOIN DU STEREOTYPE DE LA FEMME « CARRIERISTE » ET HAUTEMENT DIPLOMEE	203
<u>CHAPITRE 9 : LA NOTION DE DISPONIBILITE A LA MATERNITE ET SES QUATRE FORMES.....</u>	209
1. LA DISPONIBILITE PARTENARIALE	212
2. LA DISPONIBILITE CONJUGALE	222
3. LA DISPONIBILITE MATERIELLE	229
4. LA DISPONIBILITE AFFECTIVE	238
5. LE BASCULEMENT DU SENTIMENT D'INDISPONIBILITE A CELUI DE DISPONIBILITE.....	242
6. LES ASYMETRIES DE GENRE FACE A LA TEMPORALITE PROCREATIVE : LES ATTITUDES DES HOMMES.....	244
<u>CHAPITRE 10 : LA BAISSSE DE LA FERTILITE : MOINS UN PROBLEME D'IGNORANCE QUE D'ECART AU « SENTIMENT DE JEUNESSE ».....</u>	251
1. CONNAISSANCES RELATIVES A LA BAISSSE DE LA FERTILITE AVEC L'AGE	252
2. « SENTIMENT D'UNE JEUNESSE » DU CORPS	258
3. ADEQUATION DU « SENTIMENT DE JEUNESSE » ET DU CONTEXTE SOCIAL.....	264
<u>CHAPITRE 11 : COMPLEXITE DU CORPS « INFERTILE » : CAPACITE OVARIENNE ET CAPACITE GESTATIONNELLE.....</u>	273
1. LE CHOC DE L'ANNONCE LIE A UNE TENSION AU SEIN MEME DU CORPS	274
2. LA COURSE CONTRE LA MONTRE : UNE FORTE MOBILISATION POUR QUE LE PROJET PARENTAL ABOUTISSE.....	282
3. LA DISTINCTION ENTRE CAPACITE OVARIENNE ET CAPACITE GESTATIONNELLE : UNE APPROCHE DUMONTIENNE	292
<u>CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE.....</u>	300

**PARTIE 4 – ENQUETE 2 : L’EXPERIENCE DES FEMMES QUADRAGENAIRES
EN AMP ; LES PARCOURS MEDICAUX.....303**

**CHAPITRE 12 : LOIN DE LA « CONVENANCE » : UN PARCOURS DE LA
COMBATTANTE ACCENTUE PAR L’AGE 305**

1. UN PARCOURS TECHNIQUE, COMPLEXE ET INCERTAIN	306
A. TECHNICITE ET COMPLEXITE DE LA FIV	307
B. UN PARCOURS AU DEROULE INCERTAIN	310
C. DES INFORMATIONS INSUFFISANTES	315
D. DES ENTREPRENEUSES DU PARCOURS D’AMP	321
2. DU FORT INVESTISSEMENT A L’EXPOSITION AUX RISQUES	326
A. LES RISQUES PERSONNELS	327
B. LES RISQUES PROFESSIONNELS	341
C. LES RISQUES CONJUGAUX	352
D. LES RISQUES FAMILIAUX ET AMICAUX	359

**CHAPITRE 13 : LA RECOMPOSITION DES SEUILS DE LA TEMPORALITE
PROCREATIVE.....366**

1. D’ECHEC EN ECHEC : DES PARCOURS QUI S’ETENDENT.....	368
A. DE LONGS PARCOURS	369
B. JUSQU’AU BOUT DU PARCOURS	370
C. QUELLES SUITES AU PARCOURS D’AMP INTRA CONJUGAL EN FRANCE ?	377
2. DES LIMITES D’ENGAGEMENT REPOUSSEES ET REFORMULEES.....	385
A. LA LIMITE SYMBOLIQUE DES 40 ANS	386
B. UN REEXAMEN CONSTANT DES LIMITES D’ENGAGEMENT AUTO-FIXEES	390
C. LES LIMITES NE DISPARAISSENT PAS MAIS REPOSENT SUR D’AUTRES REFERENTS	394
D. LES HOMMES FACE A LA PRESSION LIEE A L’AGE	400

CONCLUSION DE LA QUATRIEME PARTIE 406

CONCLUSIONS GENERALES409

BIBLIOGRAPHIE.....421

INTRODUCTION

Le constat d'une augmentation de l'infertilité féminine liée à l'âge s'impose dans l'ensemble des sociétés européennes et nord-américaines (Szewczuk, 2012 ; Hammond, 2014). Dans le discours médical, ce phénomène est la conséquence directe d'un processus d'altération physiologique de la réserve ovarienne des femmes, bien antérieur à la ménopause. Cette infertilité débute dès 25 ans mais s'accroît fortement à partir de 37-38 ans (Menken *et al.*, 1986 ; Fitzgerald *et al.*, 1998 ; Faddy *et al.*, 1995). La croissance de ce phénomène est généralement associée à celui de recul de l'âge à la première maternité (Sevon, 2005 ; Olafsdottir *et al.*, 2011 ; Szewczuk, 2012 ; Hammond, 2014). Les femmes, en faisant leur premier enfant à des âges de plus en plus avancés, se trouvent plus souvent confrontées à une infertilité liée à leur âge et sont de plus en plus nombreuses à se tourner vers les techniques d'assistance médicale à la procréation (AMP) pour cette raison. Ainsi en France, l'âge moyen à la première maternité était de 28,5 ans en 2015, soit 4,5 ans de plus qu'en 1974 (Volant, 2017). En 2013, les naissances issues des femmes de plus de 40 ans représentaient 5 % de l'ensemble des naissances¹, contre 1,1 % en 1980 (Moguéro *et al.*, 2011). Plus spécifiquement en AMP, les femmes de plus de 40 ans représentaient 12,8 % des prises en charge en 2011, puis 13,8 % en 2014². Les femmes âgées de plus de 40 ans sont donc surreprésentées en AMP par rapport au pourcentage des naissances provenant des femmes du même âge, tout mode de conception confondu. Ces chiffres témoignent d'une évolution observée non seulement en France mais dans l'ensemble des pays européens et nord-américains (Hammond, 2014).

Face à cette évolution, un certain discours social s'est développé, s'appuyant sur un ensemble de savoirs et de recommandations médicales, alarmant les femmes sur l'importance de faire des enfants au « bon moment » et d'être à l'écoute de leur

¹ Données en ligne sur le site internet de l'INSEE, « En 2013, 811 510 bébés sont nés en France ». URL : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=if9 [Consulté le 16 février 2016]

² Données en ligne sur le site de l'Agence de la biomédecine, Rapport d'activité de l'AMP en France en 2014. URL : <https://web.archive.org/web/20170922142239/https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2015/donnees/procreation/01-amp/synthese.htm> [Consulté le 16 septembre 2017]

« horloge biologique » (Sevon, 2005 ; Smajdor, 2009 ; Martin, 2010). En parallèle, un autre discours a vu le jour, critique envers les femmes qui malgré tout, tentent d'avoir des enfants autour de 40 ans, n'y parviennent pas et se tournent vers l'AMP. Ce discours est une riposte à l'usage croissant de techniques médicales telles que le don ou l'autoconservation des ovocytes. Les femmes d'un certain âge qui souhaitent utiliser ces techniques, sont accusées d'être des « carriéristes », « égoïstes », mettant leurs plaisirs et attentes personnelles au centre de leur vie, avant de se tourner vers les technologies médicales comme des consommatrices (Lockwood, 2009 ; Martin, 2010). Ce discours se retrouve de façon plus ou moins importante dans l'ensemble des pays concernés, néanmoins, il existe des différences importantes de l'un à l'autre dans la manière dont ils appréhendent ce phénomène et agissent pour y faire face.

En effet, les Etats-Unis, le Canada, le Royaume-Uni, l'Espagne, ou encore la Belgique autorisent les techniques d'AMP telles que le don ou l'autoconservation des ovocytes pour pallier l'infertilité des femmes âgées de plus de 40 ans. Les valeurs de liberté individuelle et de choix en terme de calendrier reproductif sont mises en avant pour justifier la réponse technique apportée à ces femmes (Baldwin *et al.*, 2014). Cette notion de choix a été critiquée par des chercheuses et chercheurs qui la présentent comme illusoire (Earle et Letherby, 2007 ; Budds *et al.*, 2012 ; Baldwin *et al.*, 2014). Ils expliquent qu'elle rend invisible « l'ensemble des forces structurelles, économiques et politiques qui contraignent [les femmes] plus qu'elles ne facilitent leur 'choix' » à souhaiter un enfant après 40 ans (Harwood, 2009 ; Smajdor, 2009 ; Perrier, 2013 ; Baldwin *et al.*, 2014 : 175). Néanmoins, choix ou non, la liberté individuelle des femmes d'autoconserver leurs ovocytes et/ou de recourir à l'AMP après 40 ans en cas d'infertilité liée à leur âge est reconnue et acceptée dans ces pays.

En France (mais aussi en Suisse par exemple), les réactions sont tout autres. L'AMP n'est pas envisagée en terme de réponse à des choix individuels et ne répond pas à un principe de marché basé sur l'offre et la demande comme dans les cas précédents. Intégralement prise en charge par la sécurité sociale, elle est envisagée dans un cadre strictement « thérapeutique » (Théry, 2011). Selon le droit en vigueur depuis les lois de bioéthique de 1994, l'AMP en France est censée intervenir uniquement pour répondre à un problème « pathologique » par une thérapie adéquate. Elle repose ainsi sur une opposition fondatrice entre infertilité « normale » et infertilité « pathologique ». Alors que l'infertilité diagnostiquée comme

« pathologique » est considérée comme une raison valide pour une prise en charge par les services d'AMP, l'infertilité non diagnostiquée pathologique, qualifiée de « normale », ne sera pas prise en charge. C'est ainsi que les techniques d'AMP ne sont pas remboursées pour les femmes ayant dépassé une certaine limite d'âge (43 ans), l'infertilité féminine liée à l'âge n'étant pas considérée comme « pathologique » puisque liée au processus « normal » du vieillissement.

Comme on le voit, et comme nous le montrerons tout au long de ce travail, l'opposition entre infertilité normale et pathologique n'a pris une telle importance en France que parce qu'elle nourrit une autre opposition, à connotation principalement morale, qui concerne non la santé des femmes mais bien les règles régissant l'AMP en France : celle qui distingue une AMP *légitime*, fondée sur le besoin d'un « traitement » et une AMP *illégitime* dite « *de convenance personnelle* ».

Ces oppositions structurent donc les règles et le modèle normatif de l'AMP en France. Mais elles structurent et légitiment aussi un discours social et médical particulièrement conservateur, très réactif face aux perspectives d'utilisation des techniques médicales dans le but de pallier l'infertilité féminine liée à l'âge. Le cas de l'autoconservation volontaire des ovocytes en est un exemple frappant. Cette perspective suscite en effet des réactions réprobatrices en France, à teneur catastrophistes, préméditant la fin de l'humanité telle que nous la connaissons, c'est-à-dire liée à la « nature », qui tomberait sous le joug de la toute-puissance de la technique. Les femmes souhaitant être aidées par la technique médicale pour enfanter lorsqu'elles deviennent infertiles en raison de leur âge sont accusées de vouloir s'émanciper et défier les *lois de la nature* pour satisfaire leur désir et leur « convenance personnelle ».

Nous constatons ainsi dans la société française l'existence d'une tension forte entre les règles du cadre normatif de l'AMP et les demandes nouvelles à son égard, liées aux évolutions sociales.

Dans un tel contexte, quel est l'objectif de cette thèse ?

Notre hypothèse de départ était que le discours social et les règles d'accès à l'AMP en France, reposant sur l'opposition entre les deux infertilités, s'appuient sur une vision trop étroite, simplifiée et au fond ininterrogée de l'infertilité elle-même. Comme nous nous efforcerons de le montrer, l'infertilité n'est pas seulement un fait

biologique, saisi par un diagnostic sur le fonctionnement du corps de tel ou tel individu. C'est aussi intrinsèquement un fait *social et relationnel* : on parle en AMP de l'infertilité non pas d'une personne isolée mais d'un couple, et de ce fait une femme elle-même fertile peut être traitée pour infertilité de son couple. Enfin, l'infertilité de ce couple ne s'appréhende pas en termes simple de oui/non ou présent/absent, mais de rapport au temps : ainsi, un couple hétérosexuel qui ne parvient pas à procréer peut être diagnostiqué infertile *au bout d'une certaine période de temps*, alors même qu'aucune « cause » précise n'a été décelée.

Toutes ces questions semblent se concentrer dans ce que l'on nomme l'infertilité liée à l'âge : est-il si évident de la considérer comme une infertilité « normale » ? Les choses seraient simples si, comme dans les représentations courantes de *l'horloge biologique*, il y avait une limite claire entre un avant et un après. Mais c'est bien avant l'âge de la ménopause que des femmes peuvent consulter pour infertilité, et de fait la limite de 43 ans fixée pour le remboursement de l'AMP est bien antérieure à l'âge moyen de la ménopause en France (51 ans) : doit-on alors considérer qu'une infertilité diagnostiquée chez une femme de trente-cinq ans comme « normale » ou comme « pathologique » ? Et pourquoi qualifier de façon différente une baisse de la qualité ovarienne selon qu'elle se produit à trente-cinq, quarante ou quarante-cinq ans ? De fait, non seulement les centres d'AMP traitent l'infertilité féminine liée à l'âge, (autrement dit une infertilité qui n'est pas due à une cause exogène, telle qu'un cancer et un traitement de chimiothérapie) mais ces cas sont de plus en plus fréquents.

En raison de la complexité des coordonnées en jeu, établir un *seuil* séparant une infertilité liée à l'âge qui serait « pathologique » et une infertilité liée à l'âge qui serait « normale » est un enjeu non pas seulement médical, mais aussi social. C'est pourquoi notre hypothèse est que l'étude des qualifications et des traitements de l'infertilité liée à l'âge est un révélateur exceptionnel à la fois des fondements, mais aussi des limites et impensés du *modèle normatif de l'AMP française*, de l'opposition qui le caractérise, et du discours social qui l'accompagne.

Il paraît « aller de soi » de centrer notre étude sur l'infertilité *féminine* liée à l'âge : en AMP ce sont les femmes qui sont traitées, ce sont elles dont on attend une grossesse, c'est elles que l'on « refusera » après 43 ans même si l'infertilité du couple n'a pas de cause avérée. Mais soulignons que dans une perspective sociologique, la dimension du genre va bien au delà : le discours social présenté plus haut s'adresse

spécifiquement aux femmes. Ce sont elles qui sont au centre d'un discours « naturaliste » au sein duquel les recommandations médicales et sociales les intiment de se conformer à leur « horloge biologique ». Ce discours et ces injonctions sont sans équivalent pour les hommes. Elles seules semblent être concernées par le problème d'infertilité liée à l'âge et par la volonté de s'émanciper des limites de la « nature » au moyen de l'AMP. Ne serions nous pas ici face à un nouvel avatar d'une représentation idéologique bien connue des sciences sociales, celle qui oppose la « femme-nature » et l'« homme-culture » selon l'expression célèbre de Nicole Claude Mathieu (1973) ? Voilà, dit en quelques mots, pourquoi nous avons souhaité mettre au centre de notre étude non seulement les approches médicales et sociales de l'infertilité féminine liée à l'âge mais étudier de manière approfondie les différents aspects et les façons dont elle est spécifiquement appréhendée, traitée, vécue dans le cadre des processus d'AMP.

Pour cela, nous nous appuyerons sur la réalisation de deux enquêtes qualitatives. L'une auprès d'un échantillon de professionnels de l'AMP, afin d'étudier comment ils appréhendent et traitent cette infertilité. L'autre auprès d'un ensemble de femmes de 40 ans et plus qui y sont confrontées et sont prises en charge en AMP, afin d'explorer leurs représentations et vécus de cette infertilité.

En nous inscrivant dans une approche relationnelle et temporelle, nous nous fixons comme objectif d'étudier l'infertilité féminine liée à l'âge en prenant en compte non seulement ses aspects biologiques, mais en considérant aussi l'ensemble des dimensions sociales, relationnelles et temporelles qui la caractérisent, à travers la façon dont les professionnels et femmes concernées l'appréhendent, la traitent ou la vivent. En questionnant ainsi l'opposition entre les deux infertilités et les deux modèles d'AMP, ainsi que le discours social, nous montrerons comment les seuils de la fertilité et de l'infertilité féminine tels qu'appréhendés par les professionnels et les femmes, ne peuvent être caractérisés par cette opposition entre dimension physiologique et dimension sociale. Ils témoignent par leurs discours et leurs pratiques que la dimension biologique ne suffit jamais à elle seule à caractériser l'infertilité et ainsi, sa légitimité de prise en charge. Nous montrerons que leurs actions, loin de consister en un *affranchissement de toutes limites* – comme le présente le discours social conservateur –, témoignent en réalité de la prise en compte *d'autres référents normatifs*, ignorés par le modèle bioéthique et social de l'AMP.

Quatre grandes parties composent cette thèse.

– **La première partie** expose l'état des lieux au plan social et l'état de la question au plan des approches scientifiques, nos objectifs et notre démarche. Au sein du premier chapitre, nous présenterons le discours social contemporain concernant les maternités à plus de 40 ans, et détaillerons le cadre légal de l'AMP en France. Nous verrons de quelle façon précise ses règles n'autorisent que les prises en charge d'infertilités « pathologiques » dans un cadre « naturel » de procréation, et justifierons pourquoi on peut parler d'un *modèle* français. Ce modèle a pour fonction de légitimer l'imposition d'une limite d'âge aux femmes pour l'accès à l'AMP (sans équivalent pour les hommes) et d'interdire l'accès à l'autoconservation des ovocytes pour pallier une infertilité liée à l'âge. Cet interdit est relayé dans l'opinion ces deux dernières décennies par un nouveau discours conservateur, réprobateur envers les femmes qui souhaiteraient recourir à ces techniques. Le deuxième chapitre dresse l'état de la question sur ce sujet au sein des sciences humaines et sociales. Nous exposerons comment le phénomène des maternités à plus de 40 ans, dites « tardives », a été discutée en particulier par les sociologues et démographes. Ces derniers montrent que ce phénomène, loin d'être nouveau et de constituer un affranchissement des normes, est en réalité ancien, hétérogène, et témoigne d'une recomposition des normes d'âge. Nous présenterons également comment l'anthropologie et la sociologie se sont saisies de l'opposition entre « femme-nature » et « homme-culture » et se sont attachées de longue date à déconstruire cette alternative, en particulier dans le domaine des études de genre, de la reproduction et de la parenté. Nous montrerons enfin comment les recherches portant sur les questions d'âge et de genre en AMP ont développé une critique du « naturalisme » au cœur des modèles bioéthiques français et suisse. Nous développerons ensuite notre démarche et nos objectifs au sein du chapitre 3, avant de présenter les résultats des enquêtes dans les trois parties qui suivent.

– **La deuxième partie** est consacrée à l'enquête auprès des professionnels. Après avoir exposé la méthodologie au sein du quatrième chapitre, le chapitre 5 montre comment le modèle bioéthique « naturaliste » imprègne de façon complexe et apparemment contradictoire les discours des professionnels rencontrés : entre conformité et écart. Les deux chapitres suivants nous plongent dans la pratique des professionnels. Le chapitre 6 révèle l'importance cruciale que ces derniers accordent de fait à la dimension sociale de l'infertilité dans leurs prises en charge, et cela en

rupture avec le modèle bioéthique strictement « naturaliste » qui leur sert de référence explicite. Le chapitre 7 creuse cette question en examinant comment d'un point de vue pratique, l'opposition entre infertilité « normale » et « pathologique » s'avère inopérante pour guider en toutes circonstances l'action des médecins. Cette partie permet ainsi de révéler les tensions dans lesquelles sont prises les professionnels entre le modèle normatif de l'AMP et *la prise en compte d'autres référents non valorisés par ce modèle, s'imposant pourtant à eux avec force*. Ils agissent également en se référant à la « norme procréative », définissant les « bonnes » conditions de la parenté dans notre société. Ils appréhendent la procréation en prenant plus largement en compte sa dimension relationnelle et temporelle.

– **La troisième partie** présente l'enquête réalisée auprès d'un échantillon de femmes prises en charge en AMP en raison d'une infertilité liée à leur âge. Cette partie est consacrée spécifiquement à leurs trajectoires biographiques jusqu'à l'annonce de l'infertilité et à leur réaction à celle-ci. Le chapitre 8 expose la méthodologie de cette enquête. Puis, les deux chapitres suivants présentent les raisons les ayant conduites à envisager leur projet parental autour de 40 ans. Nous verrons au sein du chapitre 9 qu'un *sentiment d'indisponibilité à la maternité* rendait inenvisageable le projet d'enfant plus tôt dans leur vie. Puis nous montrerons dans le chapitre 10 que ce sentiment était en adéquation avec le *sentiment de jeunesse* qu'elles avaient d'elles-mêmes et que leur renvoyait leur entourage. Le chapitre 11 présente leurs réactions à l'annonce de l'infertilité liée à l'âge et le sentiment de discordance qu'elles ont alors ressenti. Nous proposerons alors une hypothèse interprétative de ce « ressenti » : il repose sur une distinction souvent méconnue, vécue au sein même de leur corps, entre leur *capacité ovarienne* et leur *capacité gestationnelle*. Elles sont devenues partiellement infertiles. Elles se sont dès lors rapidement tournées vers l'AMP en se sentant toujours aptes à réaliser leur projet parental, par leur « jeunesse » gestationnelle et sociale leur garantissant de pouvoir porter, accoucher et élever dans de bonnes conditions l'enfant à venir. Cette partie montre du point de vue des femmes l'importance des dimensions relationnelle et temporelle pour envisager le « bon » moment pour avoir un enfant. Les diverses raisons les conduisant à ce projet parental après 40 ans permet de déconstruire les stéréotypes sur les maternités par AMP à plus de 40 ans et le mythe de la femme « carriériste ». De plus, les résultats révèlent que la tension à laquelle sont confrontées les femmes ne saurait se résumer à un écart entre

leur capacité biologique pour procréer d'un côté et leur disponibilité psychosociale d'un autre côté. Nous constatons que la tension a lieu au sein même de leur corps. Or, le cadre bioéthique de l'AMP ne reconnaît pas cette tension.

– **La quatrième partie** poursuit l'étude de l'enquête auprès des femmes en se concentrant sur leurs expériences du parcours d'AMP. Le chapitre 12 montre des femmes se battant avec force pour avancer dans le parcours d'AMP et prenant de nombreux risques, amplifiés par leur âge. En effet, les résultats de la fécondation *in vitro* (FIV) intraconjugale à plus de 40 ans sont relativement bas, elle sont ainsi confrontées à de nombreux échecs et doivent répéter les tentatives. De ce fait, leurs parcours s'allongent dans le temps. Néanmoins, le résultat principal de notre enquête est de révéler que, contrairement aux idées reçues, les femmes qui s'obstinent dans leur volonté de procréer malgré les difficultés ne perdent en aucun cas la notion de « limites », elles s'en posent toujours, mais celles-ci font référence à d'autres critères que ceux pris en compte par le modèle bioéthique. Ainsi, dans cette partie, nous contribuons à une *déconstruction empirique* du mythe de l'affranchissement des limites de la *nature* au moyen de la toute-puissance de la technique. Les femmes infertiles en raison de leur âge se sentent légitimes à être aidées par l'AMP, non parce qu'elle ne se soucieraient pas des limites de la « nature », mais plutôt parce que qu'elles en ont une autre vision que celle qu'incarne l'appel simplifié à une « horloge biologique », et que d'autres référents normatifs comptent aussi pour elles, bien qu'ils ne soient pas pris en compte aujourd'hui par les règles de l'AMP et que le discours social dominant s'efforce de les rendre inaudibles.

PARTIE 1 – INFERTILITE, AGE ET GENRE DANS L'AMP : ETAT DE LA QUESTION, HYPOTHESE ET OBJECTIFS

Cette première partie a pour objectif de présenter le contexte social et scientifique au sein desquels notre étude s'inscrit et de préciser notre démarche. Nous allons étudier dans un premier temps le discours social français portant sur les maternités à plus de 40 ans et sur la prise en charge en AMP des femmes infertiles en raison de leur âge. Ce discours social est porté par différentes voix. Il s'agit en effet de celui énoncé par la presse française, le monde médical, et celui du cadre légal. Nous présenterons dans un premier chapitre la façon dont ces différentes voix appréhendent les maternités à plus de 40 ans par AMP et ainsi, le traitement de l'infertilité féminine liée à l'âge. Nous montrerons que le discours social sur le recours à l'AMP en France repose sur une opposition entre infertilité « normale » et infertilité « pathologique », menant à une opposition entre deux AMP : une considérée comme légitime et une considérée comme relevant de la « convenance personnelle ». Basé sur ces oppositions, un discours critique fort se développe à propos des demandes de recours à l'AMP qui n'entrent pas dans le cadre de la « pathologie ». Elles sont qualifiées comme relevant de la « convenance personnelle », parmi elles nous trouvons les demandes de prise en charge pour infertilité féminine liée à l'âge.

Nous montrerons que ces oppositions et les discours qui l'accompagnent, reposent sur une série d'autres oppositions : celles entre *nature* et *culture*, *biologique* et *social*. L'opposition entre infertilité « normale » et « pathologique » délimite en effet l'accès à l'AMP aux personnes qui sont dans un cadre théorique « naturel » de procréation : les couples hétérosexuels en âge de procréer. Hors de ce cadre, les infertilités sont considérées comme « normales » et donc illégitime en AMP. Néanmoins, en montrant comment les limites d'âge masculine et féminine dans

l'accès à l'AMP sont élaborées et justifiées, nous verrons qu'une asymétrie forte existe entre hommes et femmes : la vision « naturaliste » de la reproduction et de la fertilité concerne principalement ces dernières. De la même façon, le discours social réprobateur porte essentiellement sur les conduites féminines.

L'étude du traitement de l'infertilité féminine liée à l'âge en France amène à questionner l'AMP et l'infertilité au croisement de l'âge et du genre. Nous présenterons au sein du deuxième chapitre les travaux en sciences humaines et sociales portant sur ces différentes thématiques et leur croisement. Nous exposerons tout d'abord les travaux étudiant les maternités dites « tardives ». Ces derniers montrent que ce phénomène n'est pas nouveau et prend des formes variées. Par ailleurs, ce que l'on qualifie comme maternité « tardive » évolue et témoigne d'une recomposition des normes d'âge à la procréation. Nous présenterons dans un second temps les travaux s'étant attachés de longue date à déconstruire l'opposition entre « femme-nature » et « homme-culture ». Ils montrent que cette distinction euro-américaine permet une justification des inégalités de genre basée sur des faits biologiques, naturels, en particulier pour les femmes. Ils montrent comment la « naturalisation » du corps des femmes a conduit à un traitement différencié des hommes et des femmes dans la société, y compris dans les sciences médicales. C'est notamment par l'étude de la parenté et de la reproduction que l'anthropologie et la sociologie se sont attachées à déconstruire la hiérarchie entre les sexes établie sur la base de l'opposition entre « femme-nature » et « homme-culture ». La critique du « naturalisme » a également fait l'objet d'études plus spécifiquement dans le cadre de l'AMP. À la suite de la présentation de ces travaux, nous préciserons ainsi dans quelle perspective nous inscrivons nous-même notre recherche et notre critique du discours social « naturaliste » sur l'infertilité féminine liée à l'âge.

Nous précisons notre hypothèse et nos objectifs au sein du troisième chapitre. Nous y expliquons de telle quelle façon nous estimons que l'étude de l'infertilité féminine liée à l'âge permet de questionner de manière particulière les oppositions entre les deux infertilités et ainsi, entre les deux AMP : légitime et « de convenance ».

Chapitre 1 : Le discours social contemporain sur le recours à l'AMP en France : une opposition entre infertilités « normale » et « pathologique »

Notre objectif au sein de ce premier chapitre est de présenter les discours sociaux portant sur les projets de maternité autour de 40 ans en France, lorsque les femmes, confrontées à une infertilité liée à leur âge, se tournent vers l'AMP pour demander une prise en charge. Quels discours sont tenus à leur sujet dans la société française ? Aujourd'hui, comment se représente-t-on l'infertilité liée à l'âge ? Cette représentation est-elle spécifique à l'infertilité féminine ou commune aux deux sexes ? Du côté de la prise en charge, comment ces demandes sont-elles considérées et appréhendées dans le cadre légal de l'AMP en France ? Quels débats se déploient dans la société française sur l'usage légal de certaines techniques médicales tel que le don ou l'autoconservation des ovocytes ? Se poser ces questions est important dans une démarche sociologique. Commencer par faire un état des représentations et normes collectives, c'est dessiner les grands traits du contexte sociohistorique dans lequel notre recherche a pris place.

La première constatation est que le discours social contemporain sur la fertilité et l'infertilité est fortement appuyé sur la référence au savoir médical, un savoir vulgarisé, simplifié, sur lequel les médecins, considérés comme les experts légitimes, sont principalement sollicités par les médias pour donner avis et conseils. Ce poids du médical dans le discours social et en particulier dans la dimension normative de celui-ci apparaît nettement dans l'étude que nous avons faite sur un échantillon d'articles de la presse numérique. Trois points seront développés.

Tout d'abord, la notion omniprésente de « l'horloge biologique » des femmes, considérée comme étant non seulement un fait indiscutable mais un critère pour l'action légitime : l'élément déterminant le « bon moment » pour faire un enfant.

Deuxièmement, le poids, dans les représentations collectives de l'infertilité, des règles de son éventuelle prise en charge et en particulier d'accès à l'AMP, celle-ci étant fortement référée en France à un modèle « naturel » de la procréation.

Enfin, l'apparition de tensions nouvelles dans les représentations et les pratiques spécifiquement autour de l'infertilité féminine liée à l'âge à travers les arguments qui sont déployés dans le cadre du débat relatif à l'autorisation d'une autoconservation des ovocytes.

Ces trois points seront abordés au fil des trois parties composant ce chapitre. Nous verrons ainsi que le cœur du discours social français repose sur l'opposition entre *deux infertilités* :

- D'une part, l'infertilité relevant d'une « pathologie » dans un cadre « naturel » de conception, et dont la prise en charge serait considérée comme légitime, à travers un procédé « thérapeutique ».
- D'autre part, l'infertilité dite « normale », liée au vieillissement du corps et, en particulier pour les femmes, aux caractéristiques spécifiques de la fécondité féminine. Dans ce cas, une éventuelle prise en charge serait considérée comme relevant de la « convenance personnelle ».

L'infertilité féminine liée à l'âge, considérée comme non « pathologique », mais « naturelle », apparaît dès lors comme illégitime dans le cadre de l'AMP. Nous verrons ainsi que cette position s'accompagne de surcroît d'un discours extrêmement critique envers les femmes qui souhaitent procréer à un âge considéré comme n'étant pas en adéquation avec l'« horloge biologique », et plus encore lorsque cela est envisagé au moyen des techniques d'AMP qui bouleverseraient dès lors les « *lois de la nature* ».

Cependant, cette opposition des deux infertilités est aujourd'hui contestée aussi bien de l'extérieur que de l'intérieur du monde médical. De l'extérieur, à travers la référence à l'évolution des mœurs et des droits des femmes et aux attentes qui se font jours envers la médecine dans sa capacité à permettre aux femmes une moindre dépendance aux lois de la « biologie » et donc une plus grande autonomie. Et de l'intérieur, à travers le débat qui a surgit entre les médecins sur le sens même de l'altération de la réserve ovarienne précédant largement la ménopause et de la légitimité d'y pallier lorsque c'est possible. Cette évolution des références des

représentations et des normes a suscité à son tour un nouveau discours de défiance radicale à l'égard de la technique qui exacerbe comme jamais auparavant la référence à la nature dans les règles de prise en charge de l'infertilité, qui devrait rester strictement « thérapeutique ».

1. LE DISCOURS SOCIAL : « HORLOGE BIOLOGIQUE » DES FEMMES ET STÉRÉOTYPES SUR LA MATERNITÉ À PLUS DE 40 ANS

L'« horloge biologique » est un terme qui désigne en premier lieu les rythmes des fonctions biologiques de l'ensemble des organismes vivants dont l'organisme humain. Un synonyme de cette notion d'horloge biologique est celle d'« horloge interne » ou « circadienne ». L'horloge interne, générée par l'organisme lui-même, impose le rythme circadien à l'ensemble de l'organisme. D'un cycle de 24 heures, elle régule le sommeil, l'éveil, la fréquence cardiaque, la température corporelle, la pression artérielle, l'humeur, la mémoire, etc. Elle fait l'objet d'un intérêt scientifique varié depuis le milieu du XXème siècle, tant pour comprendre le fonctionnement du vieillissement des organes, que pour comprendre comment se soustraire aux besoins de sommeil dans le cadre des armées, comprendre l'impact des voyages spatiaux sur les organes des astronautes et leur rythme circadien, comprendre l'impact du travail de nuit sur la santé des travailleurs, etc. Le discours scientifique récent accompagnant la notion d'horloge biologique fait majoritairement référence à l'idée d'un devoir d'être à l'écoute de son horloge interne, de s'adapter au rythme biologique de son corps afin d'éviter de graves conséquences cliniques liées au dérèglement de l'horloge interne (augmentation des maladies cardiovasculaires, des troubles psychologiques, cognitifs, de l'infertilité, des cancers)³.

Mais l'expression « horloge biologique », face au recul de l'âge à la maternité, a acquis au cours des années 1970-1980 un tout autre sens, lorsqu'elle a été utilisée pour désigner la spécificité du corps reproducteur et en particulier s'agissant des femmes.

³ URL : <https://web.archive.org/web/20180111160924/https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/chronobiologie> [Consulté le 06/12/2016]

Cette notion paraît simple mais elle repose en réalité sur deux imaginaires distincts et potentiellement contradictoires.

Le premier est un imaginaire de la *quantité* référé à la ménopause qui se situe vers 50 ans.⁴ Initialement associée au seul genre féminin, la notion d' « horloge biologique » dans le discours social désigne le principe suivant :

En matière de fertilité, les femmes sont régulées naturellement par une donnée : la réserve ovarienne. Cette réserve déterminée une fois pour toute à la naissance impose une limite temporelle à leur fertilité qui prend fin le jour où elle est épuisée. Cet imaginaire quantitatif souligne la coupure avant/après l'épuisement du stock des ovocytes. Comme l'horloge qui sonne minuit pour Cendrillon, l'« horloge biologique » s'imposerait progressivement, jusqu'à l'instant fatidique, aux femmes qui doivent entendre cette injonction de la nature (Lim et Tsakok, 1997).

Le second est un imaginaire de la *qualité* et est référé à l'altération de la qualité des ovocytes et non pas seulement à leur nombre de plus en plus réduit. Cette altération est très progressive ce qui met en cause l'opposition avant/après (*Ibid.*). Elle sonne tôt, parfois très tôt, en tout cas bien avant la ménopause.

Toute la question pour les sociologues est de comprendre ce qui se joue dans l'usage combiné de ces deux imaginaires. Le premier met l'accent sur la loi « naturelle » qui concerne par définition toutes les femmes et il a comme repoussoir absolu la femme ménopausée qui à 65 ans voudrait porter un enfant. Autrement dit, une femme qui n'accepterait pas sa condition biologique de femme. Le second au contraire met l'accent sur la diversité des situations d'une femme à l'autre. Certaines pouvant subir une altération de la qualité des ovocytes dès 25 ans par exemple, auquel cas elle sera considérée comme « pathologique » quand d'autres la subissent plutôt à partir de la fin de la trentaine (Broekmans *et al.*, 2007).

C'est autour du phénomène des maternités dites « tardives » que la coexistence de ces deux imaginaires produit tous ses effets sans que la société semble en avoir

⁴ « L'âge moyen de la ménopause en France est actuellement entre 51 et 52 ans, mais 10% des femmes seront ménopausées avant 45 ans, 1% avant 40 ans et 0,1% avant 30 ans. (...) Les femmes confondent avoir leurs règles et être fertiles, alors que la fertilité chute environ 10 ans avant la ménopause. La méconnaissance de cette réalité aiguise le sentiment d'injustice devant une infécondité toujours vécue comme trop précoce. ». Source : Site internet de l'Agence de la Biomédecine. [Dernière consultation le 03/10/2016] URL : <https://web.archive.org/web/20160317001814/https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/fiche4-amp.pdf>

conscience. Dans ce contexte, l'image de l'horloge biologique a pour effet de disqualifier ou discréditer des maternités qui ne concernent pas du tout des femmes ménopausées mais des femmes dont on considère qu'elles auraient dû anticiper cette altération en procréant naturellement avant la fin de la trentaine. Mais parallèlement, pour la médecine, traiter une altération de la qualité des ovocytes est bien plus légitime que d'intervenir quand la réserve est épuisée. Les médecins n'ont pas le sentiment d'outrepasser une loi fondamentale de notre nature d'espèce sexuée, mais d'intervenir sur un processus en cours, comme ils le font banalement lorsqu'ils interviennent par exemple sur un processus d'altération des coronaires, de la vision ou de l'audition. D'où la prise en charge croissante de ces maternités dans le cadre de l'AMP.

Or, tout se passe dans la société et en particulier dans les médias comme si la tension entre ces deux imaginaires s'était traduite avant tout par une domination de l'imaginaire de la quantité, c'est-à-dire de la rupture, de l'avant/après lié à la ménopause. Cet imaginaire de la quantité a envahi aussi la phase où ce qui est en jeu est la qualité, déplaçant de dix bonnes années, autrement dit vers la quarantaine, la désignation de l'âge limite accepté socialement pour envisager une procréation ou pour y aider. C'est là que la notion d'horloge biologique produit tous ses effets. Tout se joue alors autour du phénomène des maternités dites « tardive », celles qui se situent justement entre 40 et 50 ans. Les médecins de la reproduction n'ont eu de cesse de rappeler dans les médias depuis le début des années 2000, que la fertilité féminine décroît progressivement dès la trentaine, puis plus fortement encore à partir de 35-37 ans pour devenir quasiment nulle à partir de 40 ans. Ils confortent ainsi une nouvelle référence distincte de la ménopause : le *seuil* des 40 ans, parfois des 35 ans, au-delà duquel aucune femme ne doit ignorer qu'elle est peut-être déjà infertile (Menken *et al.*, 1986 ; Lim et Tsakok, 1997). Selon l'Avis du Conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine ayant publié une note sur « Comment informer sur la baisse de fertilité avec l'âge ? » : « Les femmes confondent avoir leurs règles et être fertiles, alors que la fertilité chute environ 10 ans avant la ménopause. La méconnaissance de cette réalité aiguise le sentiment d'injustice devant une infécondité toujours vécue comme trop précoce. »⁵. Les recommandations médicales accompagnant cette référence à l'horloge biologique féminine sont que les femmes ne

⁵ Ibid.

doivent pas attendre avant de faire des enfants (Olivennes, 2008).

Au cours de la dernière décennie, les témoignages et recommandations des médecins gynécologues se sont multipliés dans les médias féminins pour enjoindre aux femmes de faire des enfants avant 35 ans. Une revue de la presse féminine sur internet, en entrant le terme « horloge biologique » dans un moteur de recherche, permet de s'en rendre compte aisément. Tout au long de la thèse, j'ai réalisé une veille systématique sur internet afin de m'informer et d'archiver toutes les publications, nationales et internationales, d'articles médiatiques et scientifiques, sur les thèmes des maternités « tardives », de l'horloge biologique des femmes, de l'infertilité féminine liée à l'âge, de l'AMP, de l'autoconservation « sociétale » des ovocytes. En ce qui concerne la presse internet non scientifique, j'ai recueilli plus de 200 articles (environ 214). En étudiant ici plus spécifiquement ceux concernant l'« horloge biologique », nous observons que le discours qu'ils présentent est invariant : « *Il faut le dire et le redire : l'âge d'or des femmes pour faire des enfants se situe entre 25 et 35 ans.* »⁶ ; « *les femmes qui veulent un enfant doivent songer à la maternité avant 35 ans.* »⁷. Ces recommandations médicales ont pour intentions d'informer les femmes, parfois en se gardant de vouloir édicter quelle devrait être leur conduite (« *Je ne veux pas que l'on force les femmes à avoir des enfants plus tôt, je veux qu'elles choisissent en connaissance de cause, c'est-à-dire en sachant que plus elles attendent et plus ce sera difficile* »⁸). Pour autant, la majorité de ces conseils s'accompagne souvent d'un propos moralisateur, promouvant quels seraient les bons ou mauvais comportements des femmes en matière de rythme de vie, choix de vie et temporalité procréative. Ainsi, l'injonction de faire des enfants avant 35 ans s'accompagne parfois d'autres formes d'injonctions telles que la suivante : « *Il ne faut donc pas forcément faire*

⁶ URL :

<https://web.archive.org/web/20120211052033/http://www.journaldesfemmes.com/maman/grossesse/10-questions-fertilité/horloge-biologique.shtml> [Consulté le 06/12/2016]

⁷ URL : <https://web.archive.org/web/20180111165205/https://www.topsante.com/maman-et-enfant/conception/tomber-enceinte/grossesse-quel-age-limite-pour-tomber-enceinte-44095> [Consulté le 06/12/2016]

⁸ URL :

<https://web.archive.org/web/20130731142826/http://www.topsante.com/medecine/gyneco/infertilité/vivre-avec/désir-d-enfant-les-hommes-et-les-femmes-ont-ils-les-mêmes-envies-11512> [Mis en ligne le 07/11/2011. Consulté le 06/12/2016]

*passer sa carrière avant tout si l'on souhaite avoir des enfants. »*⁹. Les choix de vie des femmes sont clairement questionnés, rendant ces dernières responsables, voire fautives, si elles se trouvent confrontées à des difficultés pour procréer au-delà de 35 ans. Ainsi, certains gynécologues de ville n'hésitent pas lors de consultation pour renouvellement d'un moyen de contraception de presser les femmes à faire des enfants. En atteste ce témoignage d'une gynécologue de ville, recueilli dans le cadre d'une journée d'étude sur l'autoconservation des ovocytes¹⁰ :

« J'ai entendu des patientes dire que si le gynécologue parlait de la nécessité de faire des enfants jeunes trop tôt, c'était intrusif. Moi je pense l'inverse. Au contraire, je crois que c'est un devoir absolu d'être intrusif. Et contrairement aux PMA où les patientes arrivent déjà avec leur situation, nous on les connaît depuis leur adolescence, on connaît leur vie, tout ce qui se passe. Et alors dans ma salle d'attente j'ai une affiche grande comme le mur, avec une courbe qui dégringole comme un toboggan, avec la femme en haut qui rigole avec un gros ventre, et en bas une femme qui se tient la tête parce qu'elle est infertile. Bon, je leur demande toujours quel est leur projet d'enfant. Je leur demande comment vous vous imaginez dans l'avenir, est-ce que vous vous imaginez avec des enfants ? Il y en a qui me disent ça ne m'intéresse pas du tout, je leur dit vous changerez peut-être d'avis, mais celles-là je ne m'investis pas un maximum. Il y en a qui disent je suis en couple depuis 7, 8 ans mais j'ai tout mon temps, celles-là je leur fous une pression d'enfer et elles reviennent enceintes très souvent dans l'année. Et il y a celles qui ont des problèmes de conjugalité. Et là, (...) celles qui ne sont pas avec quelqu'un depuis 4 ans alors qu'elles se rêvent avec 5 enfants, il faut en parler, je les envoie vers une psy qui travaille là-dessus : pourquoi vous n'êtes pas en couple alors que vous ne rêvez que d'une chose c'est d'une famille nombreuse ? ».

Nous voyons ainsi comment un discours moralisateur est à l'œuvre dans le cadre des

⁹ URL :

<https://web.archive.org/web/20120211052033/http://www.journaldesfemmes.com/maman/grossesse/10-questions-fertilite/horloge-biologique.shtml> [Consulté le 06/12/2016]

¹⁰ Journée-débat « Enjeux éthiques et sociétaux de l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge », 25 Novembre 2016, Hôpital Cochin, Paris.

consultations gynécologiques. Il serait « anormal » de ne pas respecter ce nouveau seuil social des 35-40 ans qui oppose un « bon » moment et un moment « trop tardif » pour faire des enfants. Cette anormalité de comportement va parfois même jusqu'à être présentée comme d'ordre psychologique. C'est ce que nous observons lorsque la gynécologue envoie ses patientes célibataires ayant un projet d'enfant vers une psychologue.

S'il semble évident dans les discours ci-dessus que le moment pour mettre en place un projet parental n'est qu'une question de choix et de volonté et qu'ainsi, les femmes pourraient faire des enfants à un âge plus précoce, c'est avant tout parce que les maternités à plus de 40 ans s'accompagnent de stéréotypes forts. L'idée selon laquelle les femmes repoussent à plus tard leur éventuel projet d'enfant afin de pouvoir se dégager du temps pour se consacrer à d'autres activités comme leur carrière professionnelle est extrêmement prégnante. Ce serait principalement par choix « carriériste » que les femmes reporteraient leur projet de maternité, avant de se tourner vers la médecine à un âge où il est « trop tard » en réclamant à la société un « droit à l'enfant ». Les discours incitant à se conformer à l' « horloge biologique », soit au rythme « naturel » de la fertilité, préconisent ainsi aux femmes d'apporter tout simplement quelques modifications à leur agenda personnel, en revoyant l'ordre des priorités des objectifs qu'elles se sont fixées.

La dimension du genre est au centre de ces discours organisés par la notion d'« horloge biologique » : les hommes n'ayant ni réserve spermatique, ni équivalent de la ménopause à 50 ans et disposant au contraire de la capacité à renouveler en permanence leur stock de nouveaux spermatozoïdes par la spermatogenèse, ne semblent en rien concernés par les mises en garde sur le « bon moment » imposé par la biologie pour devenir parent. Ces derniers qui verraient un déclin tardif de leur fertilité (après 60 ans) ne seraient pas concernés par le diktat de l'horloge biologique pour procréer. La notion même d'« horloge biologique » est pensée et présentée au féminin dans l'imaginaire collectif et dans son usage courant, sans que cela ne doive être spécifié. Nous lisons « horloge biologique » lorsqu'il s'agit de l'horloge biologique des femmes, sans qu'il ne soit nécessaire de préciser qu'il s'agit des femmes. Tandis que lorsque de rares articles de presse questionnent l'existence d'une horloge biologique pour les hommes, l'ajout de l'adjectif « masculine » ou « des

hommes » suivant la notion d'« horloge biologique » est une nécessité. Ainsi, tout comme la notion d' « horloge biologique », le discours qui l'accompagne ne s'adresse qu'aux femmes, renforçant les différences de genre en matière de reproduction. Il les désigne comme seules responsables de la gestion du calendrier reproductif, seules à devoir planifier et anticiper au cours de leur vie les temps qu'elles consacreront à la profession et à la maternité. Les hommes, absents du discours, semblent exempts de cette gestion de ce qui serait la « bonne » temporalité pour procréer. Les travaux de Nathalie Bajos et Michèle Ferrand sur la contraception ont montré que bien que la légalisation de la pilule et de l'avortement ait favorisé une meilleure égalité entre les hommes et les femmes, pour autant le fondement de l'identité féminine reposant essentiellement sur la maternité n'a pas été remis en cause (2004). Cela se vérifie également dans les articles de presse mobilisés. Un d'eux, portant sur le thème de l'« horloge biologique », précisait l'assertion suivante : « *Une fois qu'on a trouvé le bon partenaire, on se demande déjà si on va être une bonne mère. Lui de son côté, se demande s'il ne va pas perdre sa liberté.* »¹¹. Les stéréotypes de genre sont au cœur de cet énoncé : les seules préoccupations avant un projet parental seraient pour les femmes de savoir si elles vont être de « bonnes mères » quand les hommes ne se soucieraient que de la perte de leur liberté. Comme si la question de la bonne parentalité était étrangère aux hommes et n'était qu'une question féminine et comme si la question de la perte de la liberté était étrangère aux femmes pour qui l'évidence de la maternité ne laisserait pas de place à cette question.

Cependant, un changement apparaît progressivement ces dernières années. L'idée que les hommes sont aussi soumis à une fertilité décroissante, que l'âge auquel se produit la spermatogénèse a également un impact sur la qualité de leur spermatozoïdes et donc sur les chances de grossesse pour leur partenaire femme et sur les risques pour l'enfant à venir, est de plus en plus étudié et peu à peu communiqué : « *L'horloge biologique sonne aussi pour les hommes, un peu plus tard – entre 40 et 45 ans et à partir de 35 ans pour la femme – mais elle sonne quand même.* »¹². Pour

¹¹ URL : <https://web.archive.org/web/20130731142826/http://www.topsante.com/medecine/gyneco/infertilité/vivre-avec-desir-d-enfant-les-hommes-et-les-femmes-ont-ils-les-memes-envies-11512> [Mis en ligne le 07/11/2011. Consulté le 06/12/2016]

¹² URL : <https://web.archive.org/web/20120211052033/http://www.journaldesfemmes.com/maman/grossesse/10-questions-fertilité/horloge-biologique.shtml> [Consulté le 06/12/2016]

autant ils ne font pas l'objet, comme les femmes, d'un discours réprobateur et moralisateur lorsqu'ils ne font pas d'enfant avant 40-45 ans. De la même façon, les paternités dites « tardives » ne suscitent pas de réactions aussi vives que les maternités considérées comme « tardives ». Les femmes continuent d'être davantage rattachées à la reproduction et l'éducation que les hommes ne le sont. Ainsi, elles-seules devraient se conformer au diktat de l' « horloge biologique », à la nature. Ce discours est souvent présenté comme allant de soi, comme relevant du sens commun. Il serait évident que les femmes soient au cœur de ces recommandations médicales puisqu'il n'y a pas d'équivalent chez les hommes de l' « horloge biologique » des femmes. Pourtant, ce discours a aussi une dimension idéologique en ce qu'il reproduit la très ancienne opposition occidentale entre la « femme-nature » et l' « homme-culture » (Mathieu, 1973) qui a fait l'objet de longue date d'une critique de la part des anthropologues féministes¹³.

2. LE CADRE LEGAL DE L'AMP : UNE OPPOSITION FONDATRICE ENTRE DEUX INFERTILITES

Le modèle bioéthique français qui encadre l'AMP repose principalement sur l'opposition entre *nature* et *culture* et ceci dans une perspective genrée. Avant de présenter ce constat, il est nécessaire d'exposer tout d'abord comment les oppositions nature/culture, biologique/social opèrent au sein du cadre légal de l'AMP. Ces distinctions apparaissent au travers d'autres oppositions telles que celles entre infertilité « pathologique » et infertilité « normale », entre demande de prise en charge « thérapeutique » et demande pour « convenance personnelle ». Ces oppositions mettent en relief ce qui, pour le cadre bioéthique, relève de demandes de prise en charge légitimes ou illégitimes. En effet, les infertilités liées à une défaillance de la « nature », de la « biologie », autrement dit qui présentent une « pathologie », donnent lieu à des demandes de prise en charge « thérapeutique » en AMP, qui apparaissent comme légitimes. D'un autre côté, le cadre légal exclut de l'AMP les demandes

¹³ Nous présentons l'apport des travaux en sciences sociales sur la distinction « femme-nature » et « homme-culture » dans le chapitre suivant.

qualifiées de « convenance personnelle » liée à des infertilités non liées à une « pathologie » mais à la « physiologie » du corps, à sa « normalité ».

Ces différentes notions et leurs oppositions dans le cadre de l'AMP feront l'objet d'un questionnement tout au long de cette thèse. Pour cela, commençons par présenter dans cette partie la façon dont elles sont mobilisées au sein du cadre légal français de l'AMP : a) à travers la présentation des lois de bioéthique encadrant l'ensemble des pratiques d'AMP ; b) à travers les limites d'âge d'accès à l'AMP ; c) à travers les limites d'accès au don et à l'autoconservation des ovocytes.

a. Le modèle bioéthique français de l'AMP : l'opposition normal/pathologique

Les premières lois dites de bioéthique en France, définissant notamment « pour qui et comment la médecine procréative peut être pratiquée », datent de 1994. Elles ont été élaborées après « neuf années, six rapports officiels, sept rencontres parlementaires houleuses s'étirant sur plusieurs jours, deux majorités politiques différentes » (Mehl, 2011 : 171-172). Durant cette période, l'action gouvernementale en matière de bioéthique a d'abord été marquée par l'« attentisme » (Mehl, 2001 : 53). Après la création du Conseil consultatif national d'éthique (CCNE) en 1983 et le colloque « Génétique, procréation et droit » en 1985, aucune proposition de loi n'a été élaborée. Mais peu à peu le débat public français s'est déplacé du constat des bienfaits et méfaits des techniques d'AMP vers une méfiance obsédante : un discours d'experts marqué par la thématique des « dérives » a légitimé l'élaboration de réglementations contraignantes. Finalement, c'est sous la forme de deux lois édictées simultanément en 1994 que se dessine un modèle bioéthique français. La première est intégrée au Code civil et est relative au respect du corps humain. Elle définit des grands principes tels que « la dignité de la personne humaine, l'inviolabilité du corps humain et son intégrité », légalise le principe de la gratuité et l'anonymat des dons, l'interdiction de la maternité pour autrui et interdit l'établissement de liens entre donneurs et enfants issus du don (Mehl, 2001 : 57). La seconde loi prend place au sein du Code de la santé publique. Elle restreint les conditions d'accès à l'AMP (présentées ci-après), elle interdit la recherche et l'expérimentation sur l'embryon et limite le recours au

diagnostic préimplantatoire. Au final, les textes de loi de 1994 consacrent « le triomphe d'une conception qui institue un véritable édifice, principiel et pratique, intangible et garanti par la puissance publique en un domaine pourtant marqué par l'évolution et le changement, les innovations médicales et la transformation des valeurs familiales », textes qui précisent jusqu'à la définition de la stabilité des couples candidats (Mehl, 2011 : 181).

Il a été prévu au moment de la promulgation de ces lois, qu'elles seraient révisées tous les cinq ans. Ainsi, c'est à deux reprises que la société française a rediscuté le cadre de l'AMP et que le législateur s'est plongé dans le chantier que constitue la reformulation des lois de bioéthique. Ce ne sera qu'en 2004, puis en 2011, que ces lois seront finalement à nouveau promulguées, après plusieurs années de vifs débats à chaque fois, pour au final rester quasiment en l'état.

En France, depuis la loi du 7 Juillet 2011, l'article L2141-2 du Code de la santé publique, définit l'objet de l'AMP et en précise les conditions d'accès de la manière suivante :

« L'assistance médicale à la procréation a pour objet de remédier à l'infertilité d'un couple ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité. Le caractère pathologique de l'infertilité doit être médicalement diagnostiqué.

L'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer et consentir préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination. (...) »

Cet extrait, issu de la loi de bioéthique de 2011, permet de présenter la particularité du modèle français. Si ce texte ne comporte plus la condition antérieure de prouver la stabilité du couple dont les membres devaient être « mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans », il n'en demeure pas moins fortement restrictif quant aux conditions d'accès à l'AMP. Les notions de « *caractère pathologique de l'infertilité* » et « *médicalement diagnostiqué* » renvoient aux deux infertilités que nous avons présenté plus haut : l'infertilité « normale » et l'infertilité « pathologique ». Mais ces qualificatifs sont eux-mêmes issus d'une autre opposition beaucoup plus facile à définir : celle qui oppose les infertilités que le modèle prescrit

de prendre en charge au sein des services d'AMP, et celles qu'il exclut de prendre en charge. Dans ce modèle, qualifié de « thérapeutique » (Théry, 2011), la médecine en AMP est censée intervenir uniquement pour répondre à un problème « pathologique » par une thérapie adéquate. Ainsi, les lois et règlements qui encadrent l'accès à l'AMP en France sont fondés sur une vision qui « reproduit aussi étroitement que possible les « conceptions naturelles ». » (Löwy, 2009 : 109). Les couples recourant à l'AMP sont définis « par leur capacité théorique en même temps que leur incapacité pratique à procréer » (Fassin, 2002 : 104). Dans cette perspective, seuls les couples hétérosexuels, « vivants » et « en âge de procréer » ont la possibilité d'avoir recours à l'AMP.

La prise en charge en AMP en France, doit donc faire l'objet d'une indication médicale. Ces indications médicales renvoient à des pathologies (plus ou moins identifiées car il existe des cas d'infertilités de couple médicalement inexplicables), telles que les troubles de l'ovulation, les anomalies de trompes, l'endométriose, etc., concernant les femmes ; ou telles que les atteintes des paramètres spermatiques (baisse de la qualité ou de la quantité des spermatozoïdes) concernant les hommes (Olivennes, 2008). Quant aux demandes de prise en charge ne relevant d'aucun de ces cas, elles sont alors dites « de convenance ». Cette notion renvoie à la *physiologie*, c'est-à-dire à un fonctionnement corporel qualifié de « normal » dans lequel le vieillissement se traduit naturellement par la perte des capacités procréatives.

Cette référence à la pathologie dans un cadre théorique « naturel » de procréation exclut de l'AMP un ensemble de trois situations hétérogènes, mais dans lesquels la société voit trois exemples d'infertilité « normale » :

A) Le cas des personnes ou des couples considérés comme « trop âgés » pour procréer : la question est alors d'une part la délimitation du seuil les concernant selon l'âge et le genre des personnes ; et d'autre part, le passage entre infertilité individuelle et infertilité de couple ;

B) Le cas des femmes seules : même si elles n'ont aucun problème d'infertilité, elles sont exclues car leur situation sociale (absence de partenaire) ne permet pas de les considérer comme ayant une « capacité théorique à procréer » naturellement.

C) Le cas des couples homosexuels : même si chacun des membres du couple n'a

aucun problème de stérilité, ils sont exclus car leur situation sociale (en couple de même sexe) ne permet pas de les considérer comme ayant une « capacité théorique à procréer » naturellement.

Ces trois cas ont en commun de rappeler l'ambiguïté de la notion d'infertilité qui renvoie tantôt à une infertilité individuelle, la personne n'est pas physiquement capable de procréer ; et tantôt à une infertilité relationnelle, celle du couple de référence, s'il est absent ou s'il n'est pas en « capacité théorique de procréer ».

Tout cela rend la réglementation française particulièrement rigide et restrictive par rapport à la plupart des pays européens et nord-américains (hormis l'Allemagne, l'Italie et la Suisse). Ainsi, les trois catégories de non-bénéficiaires de l'AMP en France s'adressent aux pays voisins (comme la Belgique, l'Espagne, la Grande-Bretagne, la Grèce, les États-Unis, le Canada) où l'encadrement de l'AMP ne repose pas sur l'opposition entre infertilité « normale » et infertilité « pathologique ». C'est principalement aux États-Unis que cette pratique est le plus libéralisée, bien qu'avec des variations importantes entre États (Merchant, 2010). Le développement de l'AMP aux États-Unis est lié au fait que « le traitement de la stérilité est devenu une industrie lucrative et hautement compétitive », stimulant ainsi les innovations dans ce domaine (Lowy, 2006 : 43). La « bioéthique à la française », « qui s'appuie sur des grands principes et fixe dans le détail les modalités de leur mise en œuvre » (Mehl, 2011 : 205), redoutant quant à elle le libéralisme en matière d'accès à l'AMP, se trouve fortement interpellée par les législations voisines et la détermination des couples dépassant les frontières à la recherche d'une plus grande liberté en matière de procréation.

Les professionnels français, quant à eux, ne peuvent agir que dans le strict cadre des lois bioéthiques qui réglementent leurs pratiques. Dans ce cadre, on doit souligner que contrairement à un principe fondamental du droit (pour lequel tout ce qui n'est pas expressément interdit est permis), il est prévu que tout ce qui n'est pas expressément permis est interdit¹⁴. Nous avons vu que ce cadre se réfère à un modèle « naturel » de conception, l'extrait du Code de Santé publique précise que l'AMP « a pour objet de remédier à l'infertilité d'un couple ». Or, ce remède à l'infertilité se

¹⁴ Formule empruntée à Irène Théry suite à nos réunions de travail.

révèle bien plus complexe qu'il n'y paraît à première vue. D'une part, il existe en effet une AMP que l'on peut dire « thérapeutique » au sens où un couple qui ne pouvait pas procréer va finalement le faire (95 % des naissances par AMP en France). Cette AMP « thérapeutique » inclut des traitements curatifs qui résolvent la cause de l'infertilité (par exemple des « trompes altérées chirurgicalement irréparables » (Olivennes, 2008 : 120)) et des traitements palliatifs qui ne résolvent pas la cause mais agissent sur ses conséquences (exemple l'ICSI). Bateman a particulièrement souligné cette double dimension de l'AMP « thérapeutique » : « curative » et « palliative » (2001). D'autres part, il existe une AMP qui ne propose aucun traitement ni curatif ni palliatif, mais un arrangement social substituant à la personne infertile un tiers qui deviendra le géniteur de l'enfant. C'est le cas de l'AMP avec tiers-donneur (5% des naissances par AMP en France). On sait que cette forme de l'AMP est à la fois organisée et dissimulée légalement en France. En cas de don, le droit régissant la filiation en AMP efface le tiers-donneur et maquille l'engendrement en une « pseudo procréation charnelle » du couple infertile : les deux parents passent pour les deux géniteurs, cependant que le donneur est légalement « escamoté » (Théry, 2011). Dans ce dernier cas, le modèle bioéthique français nourrit une forme particulière d'idéologie, qui amène à percevoir le don comme une sorte de traitement. La médecine comme elle le fait pour les autres dons d'éléments du corps humain aurait organisé la substitution de gamètes fonctionnels aux gamètes dysfonctionnels ou inexistantes de l'un des membres du couple. Mais comme l'a souligné Théry, il n'y a ici aucune substitution, le père stérile reste aussi stérile et d'ailleurs les gamètes sont donnés non à lui mais plutôt à son épouse (2011). La véritable caractéristique de l'AMP avec don en France est qu'on prétend reproduire la *nature*, alors même qu'il y a plus de deux personnes à l'origine de la conception d'un enfant : le couple d'intention et le donneur. L'AMP avec tiers-donneur repose entièrement sur le fait de contourner ou outrepasser les diktats de la *nature* lorsque celle-ci ne permet pas la procréation et l'engendrement sans aide. C'est notamment pour cela que ce modèle idéologique et normatif se trouve aujourd'hui mis en tension : son cadre ne répond pas à l'évolution des techniques et aux attentes de la société envers l'AMP, telles que celles suscitées par le recul de l'âge à la maternité.

Après les débats sur l'AMP avec don, à leur tour, les demandes de prise en charge en raison d'une infertilité féminine liée à l'âge sont venues interroger le cadre légal de l'AMP à la française, et notamment les limites d'âges pour accéder à une

prise en charge. Au-delà, comme nous allons le voir au fil de cette recherche, c'est la définition même de l'infertilité reposant sur l'opposition entre « normal » et « pathologique », telle que présentée par le cadre légal, qui sera questionnée.

b. La limite d'âge : illustration de la « naturalisation » du corps des femmes en AMP

Au sein de l'extrait du Code de la santé publique cité plus haut, il est spécifié que le couple doit être « en âge de procréer ». La loi ne précise pas quel est cet « âge » et laisse aux professionnels la responsabilité de définir des cadres d'actions plus précis. L'assurance maladie prenant en charge les parcours d'AMP des couples jusqu'au 43^{ème} anniversaire des femmes, c'est à cette limite que se réfèrent généralement les professionnels, comme en atteste le Dr Charles Brami dans un article publié dans une revue médicale :

« Le texte de loi encadrant le remboursement par les Caisses d'assurance maladie, publié dans le Journal Officiel du 30 mars 2005, indique que nous pouvons prendre en charge les femmes jusqu'à 43 ans, et que 4 tentatives sont remboursées (décision du 11 mars 2005 de l'UNCAM relative à la liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie). » (Brami, 2005).

Les textes de l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie) parus au Journal Officiel du 30 Mars 2005 concernant la cotation des actes médicaux en termes de FIV disposent en effet que l'AMP ne peut être prise en charge au-delà de quatre tentatives de FIV, et interdisent ces techniques aux femmes âgées de plus de 43 ans. Cette mesure constitue une limite de fait et est établie sur la base du ratio chance de réussite/risque. C'est-à-dire qu'elle est établie sur la base des chances diminuées d'obtenir une grossesse par l'AMP pour les femmes autour de 40 ans, du fait du vieillissement ovarien, et des risques de complications médicales, pour la femme enceinte et l'enfant, plus fréquents en raison de l'âge.

L'accès des hommes à l'AMP n'est quant à lui marqué par aucune limitation de

prise en charge par l'assurance maladie. Cette différence entre les sexes est en général expliquée par les médecins par l'argument selon lequel la limite naturelle de la fertilité avec l'âge et le rapport bénéfice/risque concerne essentiellement ces dernières, bien que nombre d'entre eux se disent de plus en plus favorables à une limite d'âge masculine de prise en charge par la sécurité sociale (Belaïsch-Allart *et al.*, 2016). Pour l'heure, sans cette limite masculine de la sécurité sociale, ce sont les professionnels eux-mêmes qui en fixent une par consensus. L'âge limite peut ainsi varier d'un centre à un autre. Cette limite ne renvoie pas à une infertilité naturelle, liée à la physiologie, et aux taux de grossesse comme pour les femmes. Les hommes n'étant pas soumis aux mêmes rythmes de la fertilité et de l'infertilité féminine, ils peuvent concevoir jusqu'à un âge très avancé. Voici donc comme le précise le professeur François Olivennes, gynécologue-obstétricien spécialiste de l'infertilité, la façon dont sont envisagées les limites d'âge masculine pour accéder à l'AMP :

« Si l'âge de la femme constitue un facteur physiologique crucial en reproduction, l'âge paternel n'influe pas de manière aussi importante sur l'aptitude à la procréation. Certes la qualité du sperme peut diminuer les chances de grossesse, augmenter le risque de malformation et les risques de maladie mentale (en particulier d'autisme) et les problèmes d'impuissance sont plus fréquents mais il n'y a pas de véritable arrêt des possibilités de reproduction et ces complications se font jour à un âge plus avancé que pour la femme. Cependant en dehors du problème médical, se pose un problème plus éthique ou plus psycho-pédagogique : existe-t-il un âge paternel préjudiciable au bon développement de l'enfant ? Cette question est rendue d'actualité par les refus récents et répétés de l'Agence de Biomédecine opposés à des hommes « âgés », désireux d'exporter à l'étranger leurs paillettes de sperme auto-conservées dans le cadre d'un projet d'AMP. La question de l'âge du père en AMP a toujours fait débat dans les centres d'AMP. Certains centres ont établi des limites d'âge du conjoint (60, 65, 70 ans) au-delà duquel les couples ne sont plus pris en charge. Pour d'autres, le préalable d'un entretien psychologique est une condition sine qua non. Pour d'autres enfin aucune limite n'est opposée aux couples. En faveur d'une limite d'âge interviennent un certain nombre de pédo-psychiatres, arguant de la célèbre maxime : « il y a un âge pour

être père et un âge pour être grand-père ». Avoir un père âgé pourrait retentir sur le bien-être de l'enfant, tout particulièrement au moment de l'adolescence et de la fameuse opposition au père. Dans les cas extrêmes (hommes de plus de 70 ans), se pose aussi le potentiel décès précoce du père à un âge où l'enfant est encore petit. Les études sont cependant peu nombreuses dans le cadre particulier de la stérilité. (...) Au total, il me semble que fixer une limite à l'âge de l'homme est probablement impossible. Aider à procréer un homme âgé ne correspond pas, le plus souvent, à un contournement d'une impossibilité physiologique mais à la prise en charge d'une infertilité classique. »¹⁵.

On voit donc qu'on entre, lorsqu'il s'agit des hommes, dans des considérations très différentes. La limitation qui leur est posée n'est pas référée à une limite physiologique comme pour les femmes, elle semble fixée en référence à l'intérêt de l'enfant à naître et à sa capacité à l'élever. Quelques discours commencent à émerger sur la diminution progressive de la fertilité masculine et sur le fait que, comme pour les femmes, le taux d'anomalies chromosomiques chez le fœtus augmente avec l'âge de l'homme (Belaisch-Allart *et al.*, 2016). Néanmoins, l'extrait ci-dessus présente ces éléments sans qu'ils justifient pour autant une limite d'âge à poser aux hommes, en référence à leur physiologie. La différence d'environ quinze années dans la limite qui est posée aux hommes et aux femmes dans l'accès à l'AMP maintient les hommes à l'écart d'une éventuelle pression de (ce que personne n'appelle) leur « horloge biologique ».

En étudiant les limites d'âge masculine et féminine en AMP, on a la confirmation que si l'on pose une limite aux femmes, et qu'on la réfère à la nature, c'est parce qu'au-delà, on considère qu'une infertilité n'est plus pathologique mais liée simplement au vieillissement normal. Dans le contexte français du modèle d'AMP « thérapeutique », cette barrière acquiert une importance qu'elle n'aurait pas dans d'autres systèmes qui à la différence du nôtre n'opposent pas normal et pathologie pour penser le sens de l'intervention des médecins et distinguer le permis

¹⁵ Article de François Olivennes sur le site internet Gynécologie & Obstétrique, datant du 17/10/2012. URL : <https://web.archive.org/web/20161106025247/https://www.gyneco-online.com/fertilite/C3%A9/y-t-il-un-age-limite-pour-C3%AAtre-p%C3%A8re> [Dernière consultation le 06/06/2017]

et l'interdit. De plus cela est accentué par la prise en charge de la Sécurité sociale, qui est également une particularité de notre modèle par rapport à d'autres (États-Unis). Aux yeux de l'opinion, cette prise en charge renforce la référence « thérapeutique » puisque la Sécurité sociale est supposée prendre en charge des soins médicaux précisément lorsqu'il y a une pathologie à traiter. Certes, on pourrait arguer que ce n'est pas toujours le cas, par exemple la sécurité sociale prend en charge la grossesse et l'accouchement hors de toute pathologie. Mais l'assimilation est très présente dans l'imaginaire collectif.

Ainsi, le cadre légal de l'AMP, de la même façon que le discours sur l'horloge biologique présenté précédemment, repose sur une vision « naturelle » de la reproduction féminine. En AMP, tout comme dans le discours social, l'espérance procréative des femmes est liée à l'horloge biologique qui repose sur la capacité ovarienne : elle prend fin avec son altération naturelle qui s'accroît autour de la quarantaine d'années. Ilana Löwy fait référence à ce propos, à la « tyrannie » de l'« horloge biologique » des femmes (2009).

c. Le don et l'autoconservation des ovocytes : un exemple de l'opposition entre AMP légitime et AMP « de convenance »

Le cadre légal de l'AMP interdit l'accès à des techniques qui apparaissent pourtant comme une solution à l'infertilité féminine liée à l'âge. Parmi elles, le don d'ovocyte après 40 ans et l'autoconservation des ovocytes.

Concernant la technique du don d'ovocytes, en France elle est rapportée schématiquement en deux sortes de demandes de prise en charge : les demandes qui concernent « les femmes ayant des ovaires non fonctionnels, mais dans la limite d'un âge normal de procréation » et pour lesquelles on admet une indication médicale ; et les demandes qualifiées de « convenance personnelle » ne relevant pas d'une indication médicale qui concernent « les femmes de plus de 40 ans » (Olivennes, 2008). Cette division est légitimée par le modèle bioéthique français que nous avons détaillé précédemment. Ainsi, dans ce cadre, la prise en charge en AMP pour don

d'ovocytes est extrêmement limitée et nombre de femmes se rendent à l'étranger pour bénéficier de cette technique (Rozée et Tain, 2010 ; Rozée, 2011). De nombreuses raisons les poussent à faire ce choix par défaut. Les délais de prise en charge sont en effet beaucoup plus rapides qu'en France, les résultats meilleurs¹⁶ et les limites d'âges plus souples qu'en France (Belgique, 47 ans ; Grèce, 50 ans ; Espagne, 50 ans) (*Ibid.*).

Plus récemment, le développement des techniques de vitrification des ovocytes, techniques de congélation ultrarapide, a ouvert un nouveau champ des possibles. Auparavant, la congélation dite lente, rendait très aléatoire la préservation de la fertilité féminine en raison des taux d'échec très importants lors de la décongélation des ovocytes. L'usage des techniques de vitrification ovocytaire, sans être fiable à 100 % et même très loin de là puisque le taux de grossesse par transfert après réchauffement des ovocytes vitrifiées est environ de 29,3 %, a tout de même changé la donne (Boyer *et al.*, 2013, Cobo, 2009). Cette préservation est possible en France depuis la révision des lois de bioéthique de 2011, dans un cadre très spécifique. En effet l'article L2141-11 du Code de la santé publique modifié la 7 juillet 2011 par la LOI n°2011-814 stipule que :

« Toute personne dont la prise en charge médicale est susceptible d'altérer la fertilité, ou dont la fertilité risque d'être prématurément altérée, peut bénéficier du recueil et de la conservation de ses gamètes ou de ses tissus germinaux, en vue de la réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation, ou en vue de la préservation et de la restauration de sa fertilité. (...) »

Une femme peut donc avoir recours à la préservation de ses ovocytes si elle est menacée de perdre sa fertilité en raison d'une maladie ou d'un traitement stérilisant.

Le décret n° 2015-1281 datant du 13 octobre 2015 relatif au don de gamètes a introduit une nouvelle disposition dans l'usage de l'autoconservation des ovocytes. Ce décret fait suite à la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique qui ouvre la possibilité aux personnes n'ayant pas eu d'enfant de donner leurs gamètes.

« Le présent décret tire les conséquences de ces dispositions. Il précise l'information qui doit être délivrée au donneur de gamètes (femme ou

¹⁶ Le taux de réussite dépend plus de l'âge de la donneuse lorsque les ovocytes sont prélevés que de l'âge de la receveuse. Or dans les pays comme l'Espagne où les donneuses sont rémunérées, elles sont plus nombreuses et plus jeunes qu'en France à réaliser un don.

homme) n'ayant pas procréé, en particulier à la donneuse qui souhaite conserver à son bénéficiaire une partie de ses ovocytes. Le décret prévoit également que le donneur (femme ou homme) dont une partie des gamètes a été conservé à son bénéficiaire est interrogé chaque année sur le point de savoir s'il maintient cette modalité de conservation. ».

Ce décret introduit une nouvelle condition d'autoconservation des ovocytes. Une femme peut en effet avoir recours à l'autoconservation ovocytaire via la technique de vitrification si elle réalise un don d'une partie de ses ovocytes prélevés.

Ainsi, une femme peut bénéficier d'une préservation ovocytaire pour elle seule uniquement dans un cadre « pathologique ». Comme le recours au don d'ovocytes, l'autoconservation est en effet distinguée en France en deux types de demandes : la préservation de la fertilité dans le cadre d'une « pathologie », relevant d'une indication médicale et considérée comme « légitime » ; et la préservation de la fertilité en dehors d'un cadre « pathologique » dont les demandes sont qualifiées comme relevant de la « convenance personnelle », considérées comme illégitimes. C'est ainsi que dans cette perspective, l'autoconservation ovocytaire de précaution – nommée autoconservation « sociétale » des ovocytes –, faite hors de toute pathologie dans le but de pallier une infertilité future liée à l'âge, en congelant ses ovocytes jeune (avant 35 ans), n'est autorisée qu'à la condition de céder une partie des ovocytes ponctionnés.

Néanmoins, la question d'un accès plus large à cette technique commence à apparaître, en témoigne le positionnement récent du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) dans un communiqué de presse publié le 12 décembre 2012 (CNGOF, 2012) et de l'Académie de Médecine dans un rapport publié en Juin 2017 (Milliez, 2017). Les positions exprimées sont favorables à l'autoconservation hors de toute idée de don, dans le cadre d'une politique de prévention médicale. Le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) a quant à lui rendu un avis défavorable en Juin 2017 (Ansermet et Worms, 2017). Ces avis ainsi que les nombreuses tribunes qui les ont suivi dans la presse témoignent d'un intérêt croissant pour cette question dans la société française.

Quels sont les principaux éléments mobilisés en faveur d'un changement du cadre légal relatif à l'autoconservation des ovocytes hors cadre « pathologique » ?

Le premier a trait à l'inégalité entre les sexes dans la prise en charge. Tout d'abord il a longtemps été interdit¹⁷, jusqu'en 2011, d'utiliser la technique de vitrification selon le principe que tout ce qui n'est pas expressément permis est interdit. Alors que la congélation des spermatozoïdes dans le cadre d'un parcours d'AMP existe depuis déjà de nombreuses années, les femmes avaient quant à elles pour seule possibilité de passer par une préservation de la fertilité de couple, au moyen de la congélation d'embryons. Mais celle-ci n'est pas sans poser problème. Par exemple, en cas de réussite de l'implantation d'un embryon au premier transfert, les embryons restants sont congelés, ils sont maintenus dans les cuves d'azote et considérés comme embryons « surnuméraires ». Ils restent tel quel jusqu'au prochain projet d'enfant du couple, jusqu'à leur destruction si le couple le désire, ou encore ils peuvent les donner à un autre couple ou à la science (Giraud, 2014b, 2015). Ces décisions sont extrêmement difficiles à prendre et nombre de ces couples n'optent jamais pour une de ces possibilités, préférant laisser la décision aux médecins qui n'ont alors d'autres choix que de les détruire¹⁸. Le recours à la vitrification des ovocytes, et donc à la préservation de la fertilité féminine, apparaît comme une alternative à la congélation d'embryon. Il s'agit d'ailleurs d'un des objectifs affichés de cette technique : « limiter le nombre d'embryons congelés exclus du projet parental. » (Boyer et al, 2012).

Un ensemble d'autres arguments concerne la fiabilité de la technique. De nombreuses revues médicales ont fait état de la question au cours de la dernière décennie, afin de mesurer les avantages et inconvénients de la mise en place de cette technique. Ces articles présentent notamment les résultats obtenus qui semblent équivalents à ceux lors de l'utilisation d'ovocytes frais (Fadini et al, 2009 ; Smith et al, 2010). Ils présentent également les résultats d'études sur les risques éventuels pour les enfants nés de cette technique qui s'avèrent nuls (Chian, 2008).

Un troisième ensemble d'arguments expose le gain réalisé par une politique du don d'ovocytes. Ces études présentent aussi les possibilités qu'offre la constitution de banque d'ovocytes vitrifiés pour le don d'ovocytes, telles que la simplification de la

¹⁷ Cette technique médicale est connue depuis de nombreuses années. La naissance du premier enfant issu d'un ovocyte vitrifié a eu lieu au Japon en 1999.

¹⁸ Conformément aux lois de bioéthique depuis 2004, après 5 ans, quand les couples n'ont pas répondu aux courriers demandant de préciser leur intention quant aux embryons congelés, les médecins doivent les détruire.

logistique puisque donneuses et receveuses n'ont plus à être traitées simultanément, ou encore l'augmentation du nombre d'ovocytes disponibles au don puisque la préservation des ovocytes de femmes jeunes ayant recours à l'AMP pour indication masculine représente une source non négligeable pour le don. En effet, les ovocytes conservés dans le cadre de l'AMP ne faisant plus l'objet d'un projet d'autoconservation peuvent être cédés au don, et ce avec plus de facilités que pour l'accueil d'embryon, nombre de couples détenant des embryons congelés refusant ce choix. Cela permet de réduire considérablement les temps d'attentes pour le don et ainsi les recours à l'étrangers pour don d'ovocytes, et cela permet également de meilleurs résultats puisque les taux de grossesse sont directement corrélés avec l'âge de la patiente au moment de la ponction ovarienne (Cobo et al, 2009 ; Boyer et al, 2012).

Un quatrième ensemble d'arguments concerne spécifiquement la réponse aux demandes concernant le problème de l'infertilité féminine liée à l'âge. Les réflexions du monde médical sur la préservation de la fertilité féminine pour infertilité d'âge mesurent l'éventualité du bien-fondé de ces demandes. Les professionnels s'interrogent sur l'existence d'une reconnaissance tacite des situations dites de « convenance personnelle » déjà présentes lorsqu'ils prennent médicalement en charge en France des femmes ayant reçu à l'étranger un don d'ovocyte (Pennings, 2013). Aussi, ils s'interrogent peu à peu sur cette possibilité qui permettrait d'éviter que des femmes aillent à l'étranger acheter des ovocytes de jeunes donneuses (Boyer et al, 2012 ; Lockwood, 2011).

Dans ce cadre, une nouvelle position a progressivement vu le jour, à la jonction entre la prise en compte des évolutions des techniques médicales et des attentes sociales. Elle s'efforce d'examiner avec davantage de neutralité, de compréhension, et moins de jugement moral a priori, les demandes des patientes liées à l'âge. Selon cette nouvelle perspective, la préservation personnelle de la fertilité féminine, ne relèverait pas de la « convenance personnelle », terme toujours disqualifiant et stigmatisant, mais d'une démarche médicale de « prévention », comme l'a formulé le Professeur René Frydman à de nombreuses occasions¹⁹. Selon les défenseurs d'une telle

¹⁹ Le professeur Frydman a exprimé ce point de vue dans de nombreuses interviews (pour exemple : <https://web.archive.org/web/20121222041133/http://www.rue89.com/2012/12/20/congeler-ses-ovocytes-pour-faire-un-bebe-plus-tard-une-riche-idee-238012>), et dans un manifeste cosigné par plus de 130 médecins demandant l'assouplissement des lois qui encadrent l'AMP publié en mars 2016 dans

approche, le poids de l'âge pour les femmes autour de 38-40 ans pourrait être anticipé et contrôlé, sachant que la fertilité d'une femme dépend de l'âge qu'elle a au moment où ses ovocytes sont prélevés, bien davantage que de l'âge qu'elle a au moment où ils sont utilisés. Cela permettrait donc d'avoir de meilleurs taux de grossesse et ainsi de raccourcir le nombre de tentatives de FIV et la durée du parcours d'AMP. En outre, une préservation de la fertilité à titre préventif, permettrait de réduire très largement les recours au don d'ovocyte, en France et à l'étranger. Il s'agit notamment d'un des arguments avancés par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)²⁰.

Ces récentes prises de positions témoignent d'une volonté émergente de reconsidérer à nouveaux frais les règles régissant l'accès à l'AMP. L'importance de la dimension sociale en AMP de l'infertilité apparaît peu à peu. Des voix de plus en plus nombreuses de médecins manifestent la nécessité d'un dépassement du cadre restrictif du modèle bioéthique français et questionnent les grandes oppositions entre infertilité « normale » et « pathologique », ou entre demandes de prise en charge « thérapeutique » et pour « convenance personnelle ».

Face à ces évolutions techniques et ces prises de positions récentes en faveur de leur développement, d'autres voix se font entendre dans la société : elles reposent sur une vision « naturaliste » de la reproduction féminine et dénoncent la dérive d'une société glorifiant la toute-puissance de la technique médicale dont les femmes recourant à l'AMP pour infertilité liée à l'âge seraient, parmi d'autres, les ambassadrices.

3. LA MONTEE D'UN DISCOURS MORAL ANTI-TECHNIQUE FONDE SUR L'OPPOSITION ENTRE RESPECT DE LA NATURE ET « CONVENANCE PERSONNELLE »

une tribune de journal *Le Monde*, puis dans un ouvrage intitulé « *Le droit de choisir* » qu'il a récemment publié (2017).

²⁰ URL :

https://web.archive.org/web/20150330115510/http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/121212_autoconservation_ovocytaire_com-press.pdf

En France, le débat est tout juste émergent concernant l'éventualité d'autoriser le recours à l'autoconservation ovocytaire dans le but d'anticiper le risque d'infertilité liée à l'âge. D'emblée, il a suscité une opposition assez vive dans certains secteurs de l'opinion qui s'est inscrite au sein de la montée d'un discours « naturaliste » plus général en matière de procréation et de filiation.

Une étude réalisée par l'institut de sondage Odaxa pour la clinique Eugin²¹ en 2016 rapporte que les français sont très partagés sur la possibilité de l'autoconservation ovocytaire dans le but de préserver la fertilité des femmes : 51 % y seraient favorables et 49 % défavorables. Parmi les motifs invoqués pour justifier leur position, les personnes interrogées ont fait référence à « la crainte d'une exploitation commerciale de la détresse des femmes », la crainte que « cette vitrification « de convenance » conforte l'idée que la maternité nuit à la carrière », ou au fait que cette technique serait « contre nature ». Ceux qui sont favorables à cette technique considèrent qu'elle serait « un progrès de la médecine auquel il ne faut pas s'opposer » et une nouvelle solution pour les femmes « en mal de prince charmant » de « ne plus craindre leur horloge biologique »²².

Cette nouvelle donne technique et culturelle a suscité l'émergence d'un discours réactionnaire au sens premier du terme, un discours réactif cherchant à disqualifier tout changement et revenir vers un passé idéalisé comme le règne de la loi « naturelle ». La vitrification ovocytaire y est dénoncée comme étant une forme de consécration de la toute-puissance de la technique sur le corps, une forme de consécration de la toute puissance de la volonté et du rêve fou de s'absoudre de la « nature » et du « biologique » dans une visée transhumaniste. Cette perspective pousse à l'extrême la logique du discours sur l'horloge biologique des femmes présenté précédemment : l'autoconservation des ovocytes émancipant les femmes de la temporalité qui régit leur corps procréateur serait la consécration du « droit à l'enfant » réclamé par des femmes « carriéristes » et « égoïstes ». Toujours selon cette même perspective, les changements à apporter dans la société ne doivent pas violer la nature mais au contraire s'inscrire *dans* la nature : « *Ce n'est pas aux ovaires de*

²¹ Eugin est une clinique privée de PMA en Espagne vers laquelle de nombreux ses français.es refusé.es en France se tournent (que ce soit en raison de leur âge, situation conjugale ou orientation sexuelle).

²² URL : <https://web.archive.org/web/20160708110336/http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2016/07/07/01016-20160707ARTFIG00002-pma-le-oui-mais-des-francais.php> [Article du 07/07/2016. Consulté le 09/03/2017]

s'adapter à la société mais à la société de s'adapter aux ovaires. »²³.

Un autre aspect du même débat vise spécifiquement le féminisme. Il fait référence à la valeur accordée au choix des femmes sur le moment d'avoir un enfant et au célèbre slogan « *un enfant si je veux quand je veux* ». La pilule aurait permis de réaliser le « *si je veux* » et l'autoconservation des ovocytes permettrait maintenant de pouvoir réaliser le « *quand je veux* ». Pour certaines féministes, cette technique permettant de rapprocher les temporalités procréatives masculines et féminines, la reproduction deviendrait ainsi plus égalitaire, tout comme la place des hommes et des femmes dans la société²⁴. Pour les opposants à l'autoconservation, c'est la vision opposée qui prévaut : cette technique serait en réalité une nouvelle forme de contrainte et de subordination des femmes, à la fois au milieu médical (puisque la reproduction serait davantage médicalisée), mais aussi aux injonctions de réussites multiples de la société et plus largement, au capitalisme. En effet, cette technique, libérant les femmes pour le marché du travail, les contraindrait à se rendre disponible pour l'emploi. De plus, le besoin de recourir à cette technique pour pouvoir faire des enfants si l'on mène une carrière professionnelle, transmettrait comme message le fait que carrière et maternité sont incompatibles :

« (...) devoir choisir entre sa vie privée et sa vie professionnelle est tout sauf une avancée pour les femmes. Peut-être est-ce même la preuve de l'échec du combat féministe : si la conciliation enfant/boulot n'était pas aujourd'hui encore une équation ardue, si faire un bébé tout en se lançant dans des études ou une carrière de haut vol était plus simple, la question ne se poserait pas. L'idée qu'il faut changer le corps des femmes pour les plier à la norme sociale du travail plutôt que de changer la norme est un choix politique contestable. Toutes les femmes en pâtiront. On leur dira : « Si vous voulez ce poste, pensez à congeler vos ovocytes, ici on ne prévoit

²³ Témoignage exprimé par une gynécologue de ville et recueilli dans le cadre de la Journée-débat « Enjeux éthiques et sociétaux de l'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge », 25 Novembre 2016, Hôpital Cochin, Paris.

²⁴ Cela est un des arguments avancés par Laurence Brunet, juriste, ayant publié en mars 2017 un article dans la magazine Slate au sein duquel elle milite en faveur de l'autoconservation ovocytaire pour des maternités « tardives ». URL : <https://web.archive.org/web/20170322044431/http://www.slate.fr/story/140399/autoriser-conservation-ovocytes> [Dernière consultation le 04/04/2017]

aucun aménagement pour les jeunes mères. »²⁵.

Dans cette perspective, si les femmes acquièrent le droit d'autoconserver leurs ovocytes, ce sera un recul pour la condition féminine en général : l'amélioration des conditions permettant de mener de front travail et maternité ne sera plus à l'ordre du jour ni des États et ni des entreprises. Les femmes travailleuses n'auront alors d'autres choix que de reporter leur projet parental. Ce discours, dénonçant la possibilité de préserver sa fertilité pour plus tard comme une « *dérive marchande* »²⁶, s'est notamment constitué en France suite à l'annonce aux États-Unis de Facebook et Apple, en 2014, de financer la congélation des ovocytes de ses salariées. Le fait que ce sont des entreprises qui mettent en place cette possibilité pour les femmes, constitue le fondement de la critique de la « *dérive marchande* ». Néanmoins, ces points de vue ne tiennent pas compte de la spécificité américaine en matière d'assurance santé par rapport à la situation française. En l'absence de sécurité sociale et d'assurance maladie universelle obligatoire, le système de santé américain est privatisé et extrêmement coûteux. Il passe soit par un système de financement privé, soit par un financement de la part de l'employeur. Dans ce dernier cas, il n'est pas systématique, variable d'une entreprise à une autre et négociable lors de l'embauche. Ce financement peut couvrir différents soins liés à des maladies, ainsi que des soins dentaires, oculaires, etc., ou encore, l'infertilité (Mohapatra, 2014). Ces couvertures médicales prises en charge par les entreprises peuvent ainsi être des stratégies d'attractivité à l'embauche. Par exemple, face à la popularité croissante de l'autoconservation ovocytaire aux États-Unis (*Ibid.*), en proposant de financer la congélation des ovocytes de ses employées, la directrice d'exploitation de Facebook, Sheryl Sandberg, explique vouloir attirer ainsi davantage de femmes dans une perspective de plus grande parité au sein de l'entreprise lorsque celle-ci ne compte que 26 % d'employées féminines²⁷. Sans tenir compte de cette spécificité du système

²⁵ Point de vue de Dorothée Werner, éditorialiste du magazine Elle, publié en janvier 2016. URL : <https://web.archive.org/web/20170510134454/http://www.elle.fr/Societe/News/Ovocytes-les-congeler-c-est-se-liberer-3024903#> [Dernière consultation le 04/04/2017]

²⁶ URL : <https://web.archive.org/web/20160521102802/http://www.lefigaro.fr/vox/societe/2014/10/17/31003-20141017ARTFIG00410-natacha-polony-facebook-apple-les-ovocytes-congeles-et-le-progres-au-service-du-profit.php> [Dernière consultation le 02/04/2017]

²⁷ URL : http://www.lemonde.fr/m-actu/article/2014/10/24/facebook-et-apple-jettent-un-froid-sur-la-maternite_4511114_4497186.html?xtmc=horloge_biolgique&xtr=23 et <http://www.lemonde.fr/pixels/article/2014/10/14/facebook-et-apple-pourraient-subventionner-la-congelation-d-ovocytes-de-leurs->

d'assurance santé américain, les points de vue critiques en France dénoncent une ruse des entreprises américaines de vouloir faire croire en un « progrès » qui ne serait en réalité qu'au service du « profit »²⁸. C'est dans cette perspective qu'ils prônent l'importance pour les sociétés industrielles de se conformer aux capacités procréatives « naturelles » des femmes et se positionnent contre la technique qui permettrait d'outrepasser cette règle.

Pour illustrer la montée de ce nouveau discours « naturaliste » à la fois conservateur et se présentant comme le défenseur des « véritables » intérêts des femmes contre la technique qui les menace, nous pouvons mobiliser les articles de la presse numérique, recensés à partir des mots clés « congélation des ovocytes », « vitrification des ovocytes », « autoconservation sociétale des ovocytes », « social egg freezing ». Parmi eux, on peut citer une interview du biologiste Jacques Testart, un des pionniers de l'AMP en France devenu depuis de longues années un des hérauts de l'anti-technique. Il y dénonce les dérives risquant de suivre la légalisation de l'autoconservation ovocytaire en dehors des indications médicales référées à une pathologie :

« (...) l'idée que l'on peut procréer plus tard, quand on veut, peut entraîner l'idée que l'on peut choisir son enfant. C'est le libéralisme à outrance appliqué à la procréation. Cela fait partie d'un mouvement général qui se développe dans le monde. Ce que je crains le plus, c'est la congélation du tissu ovarien qui contient des milliers d'ovocytes potentiels. La recherche avance aujourd'hui sur la façon de les faire « mûrir ». Dans cinq à dix ans, une femme pourrait ainsi avoir une centaine d'ovules disponibles à partir du prélèvement d'un petit morceau de la paroi de son ovaire congelé. À partir de cet énorme potentiel, je redoute que ne soit opéré un tri des embryons. Plus on a d'ovules, plus on a d'embryons, plus les possibilités de dérives vers le choix d'enfant « sur catalogue » sont nombreuses. Avec cinq ou dix ovules congelés, les risques

employees_4506257_4408996.html?xtmc=horloge_biolgique&xtcr=24 [Dernière consultation le 11/08/2017]

²⁸ URL :

<https://web.archive.org/web/20160521102802/http://www.lefigaro.fr/vox/societe/2014/10/17/31003-20141017ARTFIG00410-natacha-polony-facebook-apple-les-ovocytes-congeles-et-le-progres-au-service-du-profit.php> [Dernière consultation le 02/04/2017]

de tri eugénique sont moindres.

Vous dénoncez une « externalisation » de la procréation, le fait qu'elle soit de plus en plus souvent prise en charge en dehors du corps...

On peut imaginer qu'avant la fin du siècle tous les enfants seront conçus dans des laboratoires pour éviter la stimulation ovarienne, pour pallier l'infertilité, mais aussi pour choisir l'enfant. On va prévoir l'enfant alors que, jusqu'à présent, il dépendait beaucoup du hasard. L'étape suivante sera de trier les embryons pour fabriquer un enfant qui ait potentiellement moins de pathologies. C'est prendre le risque de le réduire à un objet et donner l'illusion que l'enfant ne va pas avoir de problèmes. Les parents risquent forcément d'être déçus et l'on va mettre ces enfants dans une situation de dépendance par rapport à un projet parental. C'est une folie.

Certains évoquent une plus grande liberté pour les femmes, un affranchissement. Qu'en pensez-vous ?

Ce ne sont pas des solutions biologiques ou médicales qui vont changer les choses. Ce sont des artifices dont les femmes sont les victimes. C'est toujours sous couvert de compassion que ces idées avancent dans nos sociétés démocratiques. Il n'est pas innocent que des entreprises comme Apple ou Facebook, porteuses d'une idéologie initient ce mouvement. N'oublions pas que Google finance les recherches sur le transhumanisme. En France, cela nous paraît un peu fou mais aux Etats-Unis, cela représente des investissements énormes. (...). »²⁹.

Le spectre du transhumanisme est central dans les discours alertant contre les dérives possibles de l'autoconservation ovocytaire. L'émergence de cette technique serait indissociable de la montée en puissance en occident d'une nouvelle forme d'*hubris* selon laquelle la science doit permettre de transcender les capacités humaines et de s'émanciper des lois de la nature. Cette technique serait donc un pas de plus vers une main mise de la science sur la reproduction, comme le suggère également l'urologue

²⁹ Interview publiée sur la page santé du Figaro.fr en 2014 dans le cadre de la parution de l'ouvrage de Jacques Testart intitulé *Faire des enfants demain*.

URL :

<https://web.archive.org/web/20160330050401/http://sante.lefigaro.fr/actualite/2014/10/20/22948-procreation-assistee-liberalisme-outrance-applique-procreation> [Dernière consultation le 04/04/2017]

Laurent Alexandre, dans l'extrait suivant :

« On voit bien les différents champs d'extension de la fécondation in vitro : au départ la stérilité, puis l'homosexualité, puis le diagnostic embryonnaire dans les cas de maladies rares, le stockage des ovocytes pour des raisons de confort, et après viendra la généralisation du séquençage et du choix des embryons à des fins « eugénistes 2.0 ». On assiste à un continuum dans la banalisation de la fécondation in vitro. La technologie ultime sera l'utérus artificiel, mais elle n'arrivera qu'après 2050. (...) Une fois que vous avez votre embryon stocké, cela vous donne la possibilité de faire de la sélection dans le futur. Ce n'est qu'une étape intermédiaire, car l'étape d'après sera de fabriquer des ovules à partir de cellule IPS, une technologie qui est déjà expérimentée chez l'animal et qui sera au point chez l'humain à partir de 2020-2025. Le stockage n'est en fait qu'une technologie intermédiaire, comme l'a été le Minitel par rapport à Internet. L'étape finale sera de fabriquer des ovocytes en grand nombre à partir de cellules de peau, et comme on a un nombre illimité de spermatozoïdes en face, de séquencer un nombre élevé d'embryons pour choisir le meilleur d'entre eux – « meilleur » étant bien sûr tout-à-fait subjectif... Je pense que nous assistons à l'entrée en force de l'idéologie transhumaniste dans nos sociétés occidentales. La Californie étant l'épicentre de cette idéologie, il est normal que ce soit là-bas qu'elle soit plus en avance. Tout ceci n'est qu'un symptôme parmi des milliers d'autres que nos sociétés sont de plus en plus transhumanistes. Pour moi la percée de l'idéologie transhumaniste est la chose la plus fulgurante sur le plan politique actuellement : on va vers la fin du clivage gauche-droite, remplacé par un clivage entre transhumanistes et bio-conservateurs, alors même que 99 % des Français ne savent pas encore ce qu'est le transhumanisme. Les gens sont prêts à accepter n'importe quelle transgression technologique pour moins vieillir, moins souffrir et moins mourir. Je n'accepte pas cette évolution, mais elle me semble inévitable. »³⁰.

³⁰ Interview de Laurent Alexandre, chirurgien urologue, publiée sur le site Lesechos.fr en 2014. URL : <https://www.lesechos.fr/16/10/2014/lesechos.fr/0203864173223 --la-congelation-d-ovocytes-proposee->

Comment analyser en sociologue la montée de la rhétorique apocalyptique sur les technologies de reproduction dont ce passage est une parfaite illustration ?

Dans son ouvrage *Deux siècles de rhétorique réactionnaire*, Albert O. Hirschman, économiste et sociologue américain, propose, suite au constat dans le milieu des années 1980 de l'ascension du conservatisme et du néoconservatisme américain³¹, d'analyser les ressorts rhétoriques et le raisonnement des conservateurs, dans une démarche historique et logique (1991). Il consacre ainsi six chapitres à l'étude de la « rhétorique réactionnaire », avant de confronter son analyse lors du dernier chapitre (chapitre 7) à la rhétorique libérale ou progressiste (*Ibid.*).

Pour ce faire, il mobilise « trois réactions » ou vagues réactionnaires » face à des poussées progressistes, ayant eu lieu à différentes périodes de l'histoire (*Ibid.* : 17). Il s'agit premièrement des réactions face au principe de l'égalité lors de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen. Deuxièmement, il propose d'étudier les oppositions au suffrage universel, et enfin, les critiques de l'État-Providence et les efforts pour limiter sa portée. Hirschman expose les arguments mobilisés lors de ces trois vagues réactionnaires, ou plus précisément, comment chaque type d'argument se retrouve dans ces différents temps historiques. Il délimite ces arguments en trois grands types qu'il nomme des « thèses réactionnelles ou réactionnaires » (*Ibid.* : 22). Parmi elles, la « thèse de l'*effet pervers* », la « thèse de l'*inanité* » et la « thèse de la *mise en péril* ». Voici comment il les définit :

« La première thèse pose que toute action qui vise directement à améliorer un aspect quelconque de l'ordre politique, social ou économique ne sert qu'à aggraver la situation que l'on cherche à corriger ; la deuxième, que toute tentative de transformation de l'ordre social est vaine, que quoi qu'un entrepreneur, ça ne changera rien ; la troisième enfin, que le coût de la réforme envisagée est trop élevé, en ce sens qu'elle risque de porter atteinte à de précieux avantages ou droits précédemment acquis. » (*Ibid.* : 22).

[par-facebook-est-un-pas-de-plus-vers-la-selection-des-embryons--.htm?texte=laurent%27alexandre](#)
[Dernière consultation le 04/04/2017]

³¹ Élection du président Reagan en 1985.

Il explique que ces trois types d'arguments ne sont pas propres aux « réactionnaires » mais sont généralement repris par quiconque souhaite combattre ou critiquer une innovation politique ou sociale (qu'il s'agisse des réactionnaires ou des progressistes).

Hirschman consacre trois chapitres à la présentation de chacune de ces trois thèses, qu'il confronte aux trois vagues réactionnaires mobilisées. Reprenons une à une chacune de ces thèses et confrontons-les à notre tour aux arguments déployés dans le cadre du débat nous intéressant.

La *thèse de l'effet pervers* consiste à avancer l'idée que « l'action menée aboutira, par un enchaînement de conséquences non voulues, à un résultat qui sera *exactement à l'opposé* du but recherché. » (*Ibid.* : 27). Cet argument ne critique pas seulement les effets indésirables que génèrerait l'action, mais va plus loin en estimant que « les mesures destinées à faire avancer le corps social dans une certaine direction le feront effectivement bouger, mais dans le sens inverse. » (*Ibid.* : 28). Ainsi, de la même façon, face à l'argument de la plus grande liberté que l'autoconservation ovocytaire octroierait aux femmes en les affranchissant de la pression de l'horloge biologique, nous retrouvons la thèse de l'effet pervers. N'acquérant pas plus de liberté, les femmes deviendraient en réalité davantage soumises et aliénées au capitalisme et au pouvoir médical. L'effet contraire au but recherché serait obtenu. Hirschman estime que la généalogie de cette rhétorique plonge dans des origines très anciennes, telles que la mythologie grecque. L'idée des conséquences non voulues aux actions humaines se retrouve dans la succession inéluctable de la *némésis* à l'*hubris* (*Ibid.* : 66). Les aspirations humaines au changement, motivées par une arrogance et une ambition démesurées à vouloir améliorer les choses, conduiraient inéluctablement à la catastrophe, au désastre. Il s'agit effectivement de l'idée traversant certaines critiques du transhumanisme, que nous retrouvons dans les deux extraits mobilisés précédemment : à vouloir toujours mieux, ne risquons-nous pas d'arriver au pire ? L'idée sous-jacente dans le cas nous intéressant étant : à vouloir sans cesse transformer et améliorer la nature, ne risquons-nous pas de tomber dans le tout programmable et programmé, et ainsi dans une forme d'aliénation à la technique ?

La *thèse de l'inanité* consiste à avancer l'argument suivant : « de manière ou d'autre tout prétendu changement n'est, n'a été ou ne sera en grand partie que dehors et façade ; autrement dit, du fait que les structures « profondes » de l'ordre social sont restées intactes, le changement n'est jamais que trompe l'œil et illusion. » (*Ibid.* : 78).

Nous retrouvons cet argument dans le débat étudié, concernant l'égalité entre les sexes. Face à l'argument progressiste favorable à l'autoconservation ovocytaire car permettant davantage d'égalité entre hommes et femmes, se trouve en effet mobilisée la thèse de l'inanité. L'extrait d'entretien de Jacques Testart en témoigne : « Certains évoquent une plus grande liberté pour les femmes, un affranchissement. Qu'en pensez-vous ? *Ce ne sont pas des solutions biologiques ou médicales qui vont changer les choses. Ce sont des artifices dont les femmes sont les victimes.* ». Le changement apporté n'apportera pas l'effet escompté car il n'affectera pas l'ordre social plus vaste dont dépendent les inégalités de genre.

La *thèse de la mise en péril* consiste « à affirmer que le changement en question, bien que peut-être souhaitable en principe, entraîne tels ou tels coûts ou conséquences inacceptables. » (*Ibid.* : 138). Il serait donc dangereux de s'engager dans la voie proposée même si elle semble souhaitable au moment où il en est question. Ce serait « « laissait la porte ouverte » aux revendications à venir, jusqu'aux plus extrêmes, ne voir que « la partie émergée de l'iceberg », faire un premier pas sur « la pente savonneuse », se laisser « grignoter », « mettre le doigt dans l'engrenage » et ainsi de suite. » (*Ibid.* : 140). Nous retrouvons directement ces arguments dans les extraits mobilisés, indiquant que le droit à l'autoconservation ovocytaire serait la porte ouverte inéluctable à la sélection des embryons, à la fabrication des ovocytes, à l'utérus artificiel, etc. Autrement dit, nous nous engagerions dans une pente glissante inéluctable vers toujours plus de domination de la technique asservissant les hommes et détruisant l'humanité en eux.

Ces trois formes d'argumentations rhétoriques ne s'excluent pas entre elles. Il est même fréquent de les trouver entremêlées, comme dans l'interview de Jacques Testart qui mobilise à la fois des arguments relevant de la thèse de l'effet pervers (non pas plus de liberté mais une plus grande soumission à la technique), de l'inanité (non pas plus d'égalité mais statut quo) et de la mise en péril (vers toujours plus de domination de la technique aboutissant à la déshumanisation et au triomphe de la sélection eugéniste).

Quel est l'objectif d'Albert Hirschman à travers son ouvrage, et quel est le nôtre en le mobilisant ? En présentant ces rhétoriques, le propos d'Hirschman n'était pas d'attester de leur véracité ou de leur fausseté mais de rendre compte de la façon dont

au sein d'une société démocratique moderne certains secteurs de l'opinion expriment leurs questionnements, peurs et désarrois face à un changement qui leur paraît immaîtrisé, et légitiment leurs refus d'évoluer. Son objectif de socio-économiste est alors « d'inciter au dépassement des positions extrêmes, intransigeantes, qu'on affectionne de part et d'autre, dans l'espoir que le débat public se fera ainsi, peu à peu, plus « philodémocratique » [*democracy friendly*]. » (Hirschman, 1991, 266-267).

Pour notre part, il nous semble que mobiliser Hirschman permet d'apercevoir deux dimensions apparemment contradictoires de la nouvelle rhétorique « naturaliste » concernant les techniques de reproduction. D'une part, elle n'a rien d'original et ne fait que reproduire les plus traditionnels schémas de la rhétorique réactionnaire tels qu'il la définit, mais d'autre part, elle innove en plaçant en exergue la question du genre. En effet, premièrement, elle se présente comme une défense des femmes contre les dangers du féminisme et plus largement contre les illusions qu'elles véhiculent elles-mêmes. Mais ce faisant, on s'aperçoit que cette défense est fondée sur la mise en accusation d'une catégorie de femmes désignées comme des sortes de Pandore ayant ouvert la boîte maléfique qui détruira le genre humain. En effet, ce discours suggère que tout n'est qu'une question de choix pour les femmes. Ainsi, elles seraient coupables et fautives si, ne se conformant pas à leur horloge biologique, elles ont des difficultés à procréer après 35 ans. Au-delà, elles révéleraient qui elles sont vraiment : des femmes « égoïstes », « carriéristes », réclamant un « droit à l'enfant » et n'hésitant pas à revendiquer d'avoir le droit de mobiliser la médecine quand cela leur chante sans autres raisons que leur caprice ou leur « convenance personnelle ».

La notion de « convenance », déjà abordée dans le point précédent, est fortement mobilisée pour désigner les formes de demandes de prise en charge en AMP considérées comme illégitimes. En effet, cette notion, loin d'être neutre, est très fortement connotée. Elle introduit l'idée d'une toute-puissance de la volonté et du désir de mettre la technique et la médecine au service de l'individu souverain. L'autre notion qui lui est associée est celle de « confort ». Nous la voyons mobilisée en complément de celle de convenance pour discréditer une forme d'égoïsme dans l'usage de la médecine, n'hésitant pas à renverser l'ordre du nécessaire et du superflu.

La notion de « droit à l'enfant » couronne le tout. Elle est mobilisée pour délégitimer certaines demandes en les présentant comme issues d'un rapport d'appropriation de l'enfant, qui ne serait pas respecté pour lui-même, mais vu comme

la gratification suprême à laquelle chacun a droit de prétendre. Mary Warnock, philosophe anglaise, a consacré un ouvrage à ce sujet, intitulé *Making Babies, is there a right to have children ?* (2004). Elle distingue deux types de « droit » : le droit qui dépend des lois et le droit sur lequel quiconque peut exprimer un avis, pour lequel il n'y a pas de lois et qui dépend de « quelques vagues concepts de morale » (Warnock, 2002 : 109). Le « droit à l'enfant » entre dans cette deuxième catégorie. Comme nous même le constatons, elle explique que cette notion est mobilisée en relation avec une vision « naturaliste » de la reproduction. Quand les infertilités se présentent dans le cadre théoriquement « naturel » de la conception (couple hétérosexuel en âge de procréer), la question du « droit à l'enfant » ne se poserait pas car le fait de se prolonger par un enfant irait de soi. Mais quand l'infertilité se situe hors de ce cadre « naturel » et que la personne exige de la société qu'elle lui procure ce qu'elle ne peut en aucun cas avoir naturellement, il serait justifié de questionner un prétendu « droit à l'enfant ». L'idée étant que la technique peut et doit accompagner la nature mais non l'outrepasser. Warnock souligne dans cette perspective le lien entre *nature* et *morale*. Ainsi, ce qui est considéré en dehors du cadre « naturel » (« *unnatural* » dans le texte) est perçu comme immoral (*Ibid.* : 75). Elle ajoute que l'idée de dépassement de la nature suscite une forme de peur qui elle-même génère l'opposition. Elle présente en d'autres termes (« *the slippery slope* », ou pente glissante) la thèse de la *mise en péril* de Hirschman, expliquant que parmi les arguments qui accompagnent la notion de « droit à l'enfant » se trouve celui selon lequel l'autorisation de x mènera inévitablement à y et z, ce qui n'est pas souhaitable et génère la peur (*Ibid.* : 51).

Elle conclut en avançant l'idée qu'il n'existe pas *un* droit à l'enfant, qui serait énoncé d'une seule voix et s'inscrivant dans une seule voie, comme cela est suggéré à travers la mobilisation de cette notion. Selon son point de vue, il y a bien *un droit* à s'orienter vers des médecins en capacité de répondre à des demandes, qui eux ont un *devoir* d'aider et de guider de différentes façons les patients qui se tournent vers eux en raison de différents troubles. Les médecins sont en mesure de décider si la demande est un risque ou est néfaste pour une personne ou une autre et c'est cette idée de risque qui doit guider, individuellement, l'autorisation ou le refus d'accès à des techniques médicales. Elle ajoute que la justice est là pour trancher si besoin sur les pratiques posant question. Elle termine enfin en critiquant cette notion de « droit » qui

selon elle induit en plus l'idée, de mérite, de dû, qui ne permet pas d'envisager que le projet puisse ne pas se réaliser, ce qui sans doute rend plus difficile encore le vécu de l'échec lorsqu'il se présente.

L'objet de ce chapitre était de présenter les grands traits du discours social portant sur l'infertilité féminine liée à l'âge en France. Il a permis de montrer comment les cadres moraux, légaux, et les discours médicaux relatifs à l'infertilité féminine liée à l'âge et la préservation féminine se sont construits sur une grande référence : l'horloge biologique des femmes. Cette notion est aujourd'hui réappropriée au sein d'un nouveau discours « naturaliste » et anti-technique volontiers accusateur et apocalyptique. Le paradoxe est que la vigueur de ce discours de dénonciation et d'opposition est à la mesure de la force du changement social qui s'affirme aujourd'hui. Le nombre des projets parentaux après 40 ans ne cesse de croître et l'augmentation des demandes de prise en charge en AMP pour infertilité féminine liée à l'âge qui en découle est un fait social incontournable. Il est pour le moins naïf d'ignorer la dimension structurelle de ces changements sociaux et de les réduire à une somme d'égoïsme individuel. En effet, les demandes nouvelles à l'égard de ces techniques sont indissociables de l'évolution sociodémographique des sociétés occidentales. Tel est du moins l'approche majeure des sciences sociales qui ont construit au cours des dernières années tout un questionnement des évidences de l'opinion contemporaine afin d'échapper à l'évidence des prénotions et de construire une forme de réflexivité sur les changements dans lesquels nous sommes pris sans toujours parvenir à les identifier et les nommer. C'est vers un état des lieux de la recherche qu'il nous faut à présent nous tourner.

Chapitre 2 : AMP, infertilité, âge des femmes : les sciences sociales et la notion de « naturalisme »

L'étude du traitement de l'infertilité féminine liée à l'âge dans le cadre de l'AMP prend place à la jonction de différents champs d'étude des sciences humaines et sociales. En effet, ce sujet s'inscrit à la fois dans différentes grandes thématiques que sont les sciences médicales, la reproduction, l'AMP, la parenté, le genre, l'âge, les maternités « tardives », les parcours de vie, les temporalités, les biopolitiques, la distinction nature/culture. Présenter un état de la question approfondi de chacun de ces domaines qui, pris isolément, constituent chacun un champ d'étude à part entière, excèderait largement l'ambition de cette thèse. Il nous a paru plus pertinent de nous attarder sur les travaux se situant ou questionnant l'intersection de ces thématiques de recherche. Ce chapitre développe trois grands thèmes.

Tout d'abord nous exposons dans une première partie l'état des connaissances actuelles sur le phénomène social des maternités dites « tardives ». La démographie et la sociologie des parcours de vie et des temporalités montrent sur ce sujet que loin d'être un phénomène récent des sociétés modernes et des évolutions médicales, les maternités à plus de 40 ans existent depuis plusieurs siècles et étaient liées principalement au phénomène des familles nombreuses. Ce constat n'empêche en rien de prendre la mesure de la nouveauté quand les maternités dites « tardives » sont le plus souvent aujourd'hui des primo-maternités. Elles n'illustrent pas un affaiblissement ou une disparition des normes d'âge à la procréation mais une *transformation* de ces normes.

Pourtant, comme nous l'avons présenté dans le chapitre précédent en étudiant les caractéristiques du discours social dominant, ces maternités questionnent fortement la société. Favorisées par les techniques médicales, nous assisterions à un développement des maternités s'affranchissant des limites de la « nature », au profit de la toute-puissance de la technique et du « droit à l'enfant ». Ce discours prônant

l'importance pour les femmes de se conformer aux rythmes de l'horloge biologique, sans équivalent pour les hommes, repose, nous l'avons dit, sur la très ancienne opposition occidentale entre femme-nature et homme-culture.

Ainsi, la deuxième partie de ce chapitre sera consacrée aux travaux sur cette opposition qui a fait l'objet de longue date d'un intérêt de la part tant de l'anthropologie de la parenté, que de l'anthropologie de la reproduction, des études de genre, de l'anthropologie des sciences, ou plus récemment encore, des études de l'AMP. La distinction nature/culture dans le domaine de la reproduction a fait l'objet de critiques fortes, notamment en raison de son rôle dans le renforcement des inégalités de genre. Pour autant, elle est toujours centrale dans la façon d'appréhender la reproduction dans les sociétés euro-américaines. Le discours sur l'horloge biologique et la présentation du cadre légal français de l'AMP, en particulier la façon dont les limites d'âges sont énoncées distinctivement pour les femmes et les hommes, en témoignent.

La troisième partie de cet état de la question en sciences sociales porte spécifiquement sur les travaux consacrés à la question du traitement des maternités dites « tardives » dans le cadre de l'AMP. Ils sont encore relativement peu nombreux et font bien souvent l'objet d'articles et non de recherches approfondies. Toutefois, un travail de thèse récent s'est longuement consacré à cet objet d'étude. Il nous est apparu indispensable de le détailler avant de présenter à notre tour dans le chapitre suivant nos objectifs et notre approche sur le sujet.

1. LES MATERNITÉS « TARDIVES » : UNE NOTION DISCUTÉE EN SOCIOLOGIE ET DÉMOGRAPHIE

La question du « bon » âge pour être mère face à ce qui est considéré dans les sociétés occidentales comme une croissance des maternités dites « tardives » est souvent présentée dans le discours social comme une spécificité contemporaine, liée aux évolutions datant de la fin du XXème et du début du XXIème siècle.

En effet, au cours de la seconde moitié du XXème siècle en France, la

dissociation de la sexualité et de la procréation grâce aux lois Neuwirth en 1967 (légalisation de la contraception) et Veil en 1975 (légalisation de l'avortement) a permis aux femmes d'avoir à la fois un contrôle sur le nombre d'enfants souhaité ainsi que le moment de les avoir. Portés par les revendications féministes prônant la dissociation de la féminité et de la maternité ainsi que l'émancipation des femmes de la sphère domestique, ces droits nouveaux se sont accompagnés d'une augmentation du nombre de femmes dans les études supérieures et une entrée plus tardive et massive dans le monde professionnel. Une des conséquences a été le recul progressif et constant de l'âge moyen à la maternité et à la première maternité, allant de pair avec une diminution du nombre d'enfants par femme. L'âge moyen à la maternité qui était de 26,5 ans en 1977 a progressé par la suite jusqu'à une moyenne de 30 ans en 2009 (Pison, 2010). Quant à l'âge moyen à la première maternité, de 24 ans en 1977, il est passé à 28 ans en 2009 (*Ibid.*).

Un autre phénomène majeur marquant la fin du XXème siècle est l'apparition et l'augmentation de formes familiales plurielles incarnées notamment par des familles monoparentales, divorcées, recomposées. Une acceptation croissante de l'instabilité sentimentale est peu à peu apparue, amenant à la possibilité de connaître au cours de la vie plusieurs histoires de couple (Déchaux, 2009 ; Giddens, 2004). Le projet d'enfant, autrefois indissociable de la mise en couple, ne l'est désormais plus (Théry, 1998).

Mais ces bouleversements sont inscrits dans un processus de transformation beaucoup plus large lié à l'augmentation de l'espérance de vie, notamment des pays développés, résultant de la conjonction d'immenses progrès réalisés tant dans les domaines économique, médical et culturel, que social. Cela a conduit, au cours du temps, à un « vieillissement » de la population. Rappelons qu'en France au milieu du XVIIIème siècle, l'espérance de vie était environ « de 27 ans pour les hommes et 28 ans pour les femmes, elle atteint aujourd'hui près de 78 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes » (Vallin et Meslé, 2010 : 1). Précisons bien sûr que les hommes et femmes ne mouraient pas réellement à 27 et 28 ans au XVIIIème siècle, que ces moyennes d'âge relativement basses sont avant tout liées à la mortalité infantile alors extrêmement importante. Néanmoins, si aujourd'hui mourir autour de 80 ans reflète la norme, au XVIIIème siècle, cela caractérisait davantage une longévité exceptionnelle. Or, ce vieillissement des âges sociaux amène à une recomposition des

classes d'âges. Chaque classe est définie relativement aux autres à travers les droits, devoirs, obligations, mœurs, usages, coutumes, caractéristiques de chaque classe d'âge et de leurs relations mutuelles. L'individu ne se contente pas de grandir ou vieillir, il passe d'une classe d'âge à l'autre, au travers de seuils plus ou moins ritualisés (Théry, 1998). Même si dans nos sociétés, l'attachement aux rites instituant des classes d'âge tend à diminuer, ces rites sont loin d'avoir disparu et de nombreux sociologues et anthropologues ont montré que nous ne cessons de définir et d'instituer de nouvelles classes d'âge (Halbwachs, 1970 ; Rémond et Percheron, 1991 ; Cavalli et Galland, 1993 ; Galland, 2010 ; Peatrik, 2003 ; Bessin, 2009 ; Bozon, 2002b). Ils ont aussi étudié les relations entre classes d'âges et générations. Ces classes d'âge sont définies moins par un âge au sens biologique de l'organisme que par un ensemble d'attentes sociales, de droits, de devoirs liés à un âge « social ». Elles permettent de comprendre pourquoi nous pouvons considérer que nous sommes aujourd'hui « plus jeunes » à tous les âges que ce que nous ne l'étions auparavant. Car l'augmentation de l'espérance de vie ne se manifeste pas par une extension de la durée de la classe d'âge des personnes considérées comme « vieilles ». Elle se manifeste par un redéploiement de l'ensemble des classes d'âge. Pour prendre quelques exemples, les personnes de 60 ans aujourd'hui se sentent beaucoup plus jeunes que les personnes de 60 ans il y a quelques décennies ; nous nous sentons moins prêts aujourd'hui à être parent à 20 ans qu'auparavant ; ou encore nous considérons aujourd'hui une femme de 40 ans comme une femme jeune puisque l'espérance de vie féminine est de plus de 83 ans, alors qu'en 1950 celle de sa mère était de 69 ans (Olivennes, 2008). Ainsi, l'évolution structurelle du calendrier des classes d'âge se manifeste socialement par le redéploiement du calendrier biographique des individus : plus jeunes à tous les âges, ils se marient et font des enfants plus tardivement, constituent ou reconstituent en plus grand nombre de nouveaux couples à un âge qui autrefois aurait paru « avancé », tout en se sentant toujours assez jeunes pour faire des enfants. Dans ce contexte, nous devons souligner le *paradoxe bien connu du calendrier biographique de la vie des femmes*, prises entre l'*allongement de leur espérance de vie* et la *fixité de leur espérance procréative*. Une femme qui naît aujourd'hui avec 85 ans d'espérance de vie n'a pas plus d'espérance procréative qu'elle n'en avait autrefois et même moins, car la puberté est plus précoce³². Ce n'est donc pas parce que l'allongement de

³² Les signes pubertaires chez les jeunes filles, tels que l'arrivée des règles, la poussée des seins, apparaissent en moyenne trois ans plus tôt aujourd'hui que dans les années 1960. Les filles sont

l'espérance de vie s'est traduit par un redéploiement de l'ensemble du calendrier biographique et qu'une femme de 43 ans se sentira plus jeune qu'une autre du même âge quelques décennies plus tôt, qu'elle sera plus fertile à cet âge-là.

Le vieillissement de la population, et le « rajeunissement » du calendrier biographique des individus, n'est pas le seul changement de société expliquant le recul de l'âge à la maternité. Le processus d'égalité sociale entre hommes et femmes en est un autre tout aussi important. Dans un contexte social où les femmes ne souhaitent plus être vouées à la seule sphère domestique, mais aspirent également à s'épanouir individuellement à travers des professions, des voyages, des loisirs, des relations multiples, soit, en étant libres et autonomes ; la maternité a profondément changé. Ces aspirations individuelles faisant l'objet d'attentes sociales de plus en plus fortes, les femmes se trouvent ainsi prises dans des « injonctions contradictoires de réussite » (Bajos and Ferrand, 2006a : 93 ; Bajos and Ferrand, 2006b : 180). Elles doivent être libres et autonomes mais aussi faire des enfants. Face à ces normes sociales contradictoires, apparaissant dans un temps de vie plus long qu'auparavant, les femmes repoussent à plus tard leur projet parental.

Face à l'émergence des techniques reproductives, les questionnements du « bon » âge pour être mère et la critique des maternités « tardives » se sont renforcées. Nous serions sur le point d'assister à un « brouillage des seuils », à une « disparition des âges » (Levilain, 2008). En agissant sur l'infertilité liée à l'âge des femmes, l'AMP conduirait à « l'affaiblissement des normes » (*Ibid.*).

Pourtant, les chercheurs en sciences humaines et sociales ont montré que les maternités « tardives » ne désignent ni un phénomène stable et intangible au cours du temps, ni un phénomène récent, ni un ensemble de maternités homogènes.

Les maternités « tardives », telles qu'énoncées par le discours social sur l'horloge biologique que nous avons présenté dans le chapitre précédent, désignent habituellement les maternités des femmes âgées de plus de 40 ans. Toutefois, ce que cette notion recouvre est ambigu. Fixer l'âge de 40 ans comme limite de la maternité « tardive » est relativement arbitraire. Il n'existe pas un âge précis et fixe pour l'ensemble des femmes, en tous lieux et tous temps, désignant la limite au-delà de

aujourd'hui réglées autour de onze ans. (Birraux, 2012 : 297-298)

laquelle devenir mère relèverait d'un acte « tardif ». Cette limite est dépendante des normes d'âge à la maternité, elles-mêmes dépendantes des différentes périodes historiques et des cultures. Elle peut également être variable au sein d'une même culture entre une classe sociale et une autre, ou d'une génération à une autre, il s'agit d'une catégorie relative. Pour exemple cet ouvrage pluridisciplinaire d'une journaliste, d'une médecin et d'une sociologue, datant de 1982, intitulé « Ces maternités que l'on dit tardives » considère les maternités à partir de 35 ans comme l'objet de la question alors qu'aujourd'hui il s'agit davantage des maternités après 40 ans, voire 45 ou 50 ans (Valabrègue *et al.*, 1982). En outre, sur quoi devrait reposer cette limite du « bon âge » pour devenir mère ? Autrement dit, sur quoi devrait reposer la définition de la maternité « tardive » ? La réponse à ces questions renvoie principalement « à deux échelles de temps : le temps biologique, principalement relayé par la médecine, relatif à la physiologie des femmes (et des hommes), qui fixe les potentialités et les limites de la procréation, et le temps des normes, lesquelles guident, prescrivent ou stigmatisent les comportements reproductifs. » (Moguéro *et al.*, 2011). Le « bon âge » pour devenir mère, et plus largement parent, repose ainsi à la fois sur un « fait social », différant selon les sociétés, et sur un « fait biologique », tous deux fluctuant et évoluant au cours du temps, comme nous le montrerons dans notre travail. Considérer les maternités à plus de 40 ans dans les sociétés occidentales contemporaines comme étant des maternités « tardives » est justement l'objet d'interrogation de travaux existants (Friese *et al.*, 2008 ; Bühler, 2014). Face à la croissance des maternités à plus de 40 ans, nous pouvons en effet nous interroger quant à l'existence dans notre société d'une acceptation croissante et d'une normalisation progressive des maternités à ces âges-là, autrement dit d'une évolution des normes d'âge à la procréation (Levilain, 2008 ; Bessin et Levilain, 2012).

Par ailleurs, plusieurs chercheurs en sciences humaines et sociales ont montré que même si ce phénomène est souvent présenté comme étant lié à la modernité de nos sociétés, il est en réalité bien plus ancien (Bessin et Levilain, 2012 ; Levilain, 2008 ; Moguéro *et al.*, 2011). Jusqu'aux années 1960-1970, la maternité « tardive » existait mais était principalement le fait des mères de familles nombreuses. Puis, en raison des évolutions sociales que nous avons rappelé telles que la légalisation de la contraception et de l'avortement ainsi que l'augmentation du salariat féminin, une diminution du nombre d'enfant par femme et ainsi, une diminution des maternités

« tardives » a progressivement vu le jour. En quelques chiffres, le nombre de naissances chez des femmes de 40 ans et plus est passé de 47387 en 1901 à 24400 en 1970 puis 8600 en 1980, ce qui représentait respectivement 5,5 % de l'ensemble des naissances en 1901, 3 % en 1970 et 1,1 % en 1980 (Moguérou *et al.*, 2011). Puis, à partir des années 1980, le nombre de naissances dites « tardives » a peu à peu augmenté pour atteindre, en 2001, un niveau semblable à celui de 1970, soit 25300 naissances provenant de femmes de 40 ans et plus (représentant 3,3 % de l'ensemble des naissances). Depuis, la progression s'est poursuivie. En 2008, ce sont 35268 naissances provenant des femmes de plus de 40 ans qui ont été enregistrées, soit 4,3 % des naissances totales (*Ibid.*). En 2013, les naissances issues des femmes de plus de 40 ans représentaient 5 % de l'ensemble des naissances³³.

Les chercheurs précédemment cités ont montré ces dernières années que ces maternités à plus de 40 ans étaient le fait de familles aux profils multiples. Prenant en compte tout à la fois les conceptions naturelles et celles issues de l'AMP, il s'avère que les naissances à plus de 40 ans concernent toujours les familles nombreuses, mais aussi les familles recomposées, ainsi que, de manière plus inédites, les premières unions jusqu'alors sans enfant (Bessin *et al.*, 2005 ; Bessin et Levilain, 2012 ; Moguérou *et al.*, 2011).

L'évolution du nombre d'enfant provenant des femmes âgées de plus de 40 ans s'est accompagnée d'une variation de l'âge moyen à la maternité. En effet, dans un premier temps la diminution du nombre d'enfants par femme est allée de pair avec une diminution de l'âge moyen à la maternité (puisque diminution des dernières naissances aux âges élevés). En 1946, l'âge moyen à la maternité était ainsi de 28,7 ans, puis est passé à 26,1 ans en 1975. Depuis, il a progressivement augmenté pour atteindre 30,3 ans en 2013³⁴. La taille des familles françaises restant relativement stable depuis la fin du XXème siècle, autour de 2 enfants par femme en moyenne, l'augmentation de l'âge à la maternité observée depuis les années 1980 correspond à un changement du calendrier de la fécondité féminine, soit à un report du projet d'enfant dans la vie des femmes.

³³ Données en ligne sur le site internet de l'INSEE, « En 2013, 811 510 bébés sont nés en France ». URL : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=if9 [Consulté le 16 février 2016]

³⁴ *Ibid.*

L'appellation de ce phénomène, souvent désigné par les démographes par le terme de « *retard* du calendrier de la fécondité » ou « *retard* de la maternité » (Pison, 2010 ; Ni Bhrolchain et Beaujouan, 2012) est contestable. Elle induit en effet l'idée d'un retard de la première maternité vis-à-vis de ce qui serait la norme d'âge à la procréation, alors qu'elle désigne un changement même de cette norme. Comme de nombreux sociologues l'ont montré, la norme d'âge évolue et se décale dans le calendrier biographique féminin (Galland, [1991] 2011 ; Bozon, 2002a ; Bessin *et al.*, 2005 ; Levilain, 2008). C'est pourquoi il est préférable de désigner ce phénomène par le terme de « *recul* du calendrier de la fécondité ».

De la même façon, la notion de maternité « tardive » pour désigner les naissances survenant après 40 ans chez les femmes suggère là encore l'idée d'un retard vis-à-vis de la norme d'âge à la procréation. Nous utiliserons le terme *a priori* plus neutre de « maternité à plus de 40 ans » qui n'induit pas l'idée d'écart à la norme et permet d'envisager plus aisément son éventuelle recomposition.

Précisons toutefois que ces maternités restent relativement peu nombreuses au regard de l'ensemble des naissances en France (5 % en 2013). Nous ne constatons pas une généralisation de ce phénomène mais plutôt une augmentation, ainsi qu'une surreprésentation en AMP (en 2013 en France les femmes de plus de 40 ans représentaient 15 % de l'ensemble des prises en charge en FIV³⁵), s'accompagnant d'une acceptation sociale croissante, conduisant à un élargissement de la période d'âge considéré comme « normal » pour entrer dans la primo maternité.

Les recherches en sciences sociales s'intéressant au traitement médiatique des maternités « tardives » montrent en effet qu'avoir un enfant après 40 ans au début du XXIème siècle ne suscite plus l'émotion médiatique et les réticences que cela suscitait auparavant, la teneur de ces réactions s'étant peu à peu décalée aux grossesses post-ménopauses (Lécho et Glâveau, 2013). Ces travaux montrent que les grossesses dites « tardives » décriées dans les médias concernent aujourd'hui celles des femmes de plus de 50 ans, voire 60 ans. Ces situations exceptionnelles font l'objet de vives réactions portant à la fois sur les dimensions scientifique et médicale ainsi que morale et sociale (*Ibid.*). On assisterait dans ces cas « à une inversion des valeurs dans des sociétés devenues *jeunistes* car déniaient le vieillissement et où, de surcroît, la science

³⁵ Données relevées sur le site internet de l'Agence de la biomédecine qui publie chaque année les statistiques au niveau régional et national de l'activité d'AMP.

permettrait, par la chirurgie esthétique, de fuir les outrages du temps ou par la procréation médicalement assistée, pour des femmes, d'accéder anormalement et donc, monstrueusement, à la maternité à un âge avancé. » (Levilain 2008). Les anthropologues ont montré que la question du brouillage des seuils générationnels est au cœur des réticences sociales accompagnant ces situations. Leurs travaux montrent en effet l'existence d'un tabou entourant la sexualité et la procréation des femmes en âge d'être grand-mère, devenant mère en même temps que les générations inférieures de femmes (Fine *et al.*, 2009).

En ce qui concerne les hommes, les sociologues ont montré que leur paternité à un âge « avancé » ne fait pas l'objet de réactions similaires. Au-delà de 60 ans la question du brouillage des seuils générationnels se pose aussi pour eux. Pourtant, du fait des écarts d'âge entre conjoints, des contraintes biologiques différenciées entre hommes et femmes, de la différence de vécus des temps sociaux, de la division du travail, des rôles et des attentes sociales, les paternités « tardives » sont moins perçues comme des « monstruosités » que les maternités dites « tardives » et sont plus facilement acceptées dans la société (Bessin et Levilain, 2004 ; Bozon, 1990, 2002a ; Bergström, 2015). Les normes de genre sont au cœur de cette qualification de « tardif », ce sont les maternités qui sont principalement associées à cet adjectif.

Toutefois, en ce qui concerne les maternités entre 40 et 50 ans, l'étude de Lécho et Glâveau montre que les médias ne mobilisent pas le même discours que celui concernant les maternités après 50 ans (2013). Leurs contenus témoignent d'une acceptation progressive des grossesses à ces âges-là. Elles sont présentées de manière sensationnelle comme des phénomènes exceptionnels tout en expliquant paradoxalement que l'exception devient progressivement la règle, et en font une présentation plus positive.

Les chercheurs en sciences humaines et sociales s'intéressant aux parentalités « tardives » se sont attachés à replacer et appréhender ce phénomène en relation avec les temporalités biographiques des individus. Dans les médias, cet événement est en effet toujours présenté de manière isolée des trajectoires biographiques des individus. Cette manière d'aborder le sujet en ne s'intéressant qu'à l'âge, au sexe et au contexte de naissance, soit au fait qu'il s'agit souvent de femmes de plus de 40 ans en parcours d'AMP, amène à appréhender le phénomène sous le seul angle de l'« affaiblissement

des normes » (Levilain, 2008, 2013 ; Bessin et Levilain, 2012). Or, prendre en compte à la fois les différentes « configurations d'engendrement », et s'intéresser aux « transformations des modalités du parcours des âges », soit montrer comment l'âge agit de manières différentes selon les contextes familiaux et conjugaux permet de comprendre que l'on se situe plutôt dans une transformation des normes (Levilain, 2008 ; Bessin et Levilain, 2012). Marc Bessin et Hervé Levilain analysent en effet la parentalité « tardive » en tant que « processus tout à la fois temporel et biographique par lequel des hommes et des femmes sont amenés à avoir des enfants à un âge avancé » (2012 : 10). Or, montrer les évolutions et les transformations des parcours biographiques (individuel et conjugal), et replacer la parentalité « tardive » dans ce contexte, permet de montrer en quoi ce phénomène est un « produit de la normalité de l'époque, des manières de faire famille aujourd'hui » (*Ibid.* : 164). Ces travaux invitent donc à appréhender la question du « bon » âge pour être parent en l'articulant avec les logiques temporelles des parcours biographiques des individus.

Ainsi, les travaux en sciences sociales sur les maternités « tardives », en prenant de la distance avec le discours social, ont montré que ce dernier est en écart avec la réalité de ces pratiques qui s'avèrent plus anciennes et hétéroclites et témoignent d'une recomposition des normes d'âge à la procréation. La prise en compte des temporalités biographiques pour étudier les projet parentaux à plus de 40 ans doit toutefois être développée dans l'étude spécifique de l'AMP. En effet, cet objectif apparaît d'autant plus nécessaire qu'un discours souvent négatif accompagne ces pratiques, critiquant les femmes concernées de céder à leurs plaisirs égoïstes en ne laissant pas la place à un enfant plus tôt dans leur vie et en exigeant un « droit à l'enfant » plus tard à la médecine. Ce discours spécifique sur les maternités dites « tardives » par AMP invite à explorer l'engendrement dans ce cas spécifique et la manière dont il s'inscrit dans les parcours biographiques des individus. De plus, la question des limites d'âge pour enfanter, y compris dans le cadre de l'AMP, est sans cesse renvoyée dans les discours sociaux et médicaux en France et plus largement dans les sociétés euro-américaines, à une perspective « naturaliste », qui plus est, asymétrique selon les sexes. Cette réalité invite là encore à étudier et interroger la dimension « sociale » de la reproduction et de l'infertilité dans le cadre de l'engendrement après 40 ans en AMP.

2. L'OPPOSITION « FEMME-NATURE » ET « HOMME-CULTURE » : LES APPORTS DE LA SOCIO-ANTHROPOLOGIE

L'opposition existant entre nature et culture a fait l'objet de longue date de travaux de la part de chercheurs en sciences humaines et sociales, impulsés dans un premier temps par les anthropologues. Les réflexions accompagnant cette opposition se sont notamment articulées autour des questions de genre, à savoir l'étude de la hiérarchie et des rapports de domination entre les sexes. C'est plus particulièrement en s'intéressant aux phénomènes « bio-sociaux » tels que la reproduction et aux événements connexes que sont la puberté, la procréation, la gestation, l'enfantement, la ménopause, que les chercheuses et chercheurs ont progressivement interrogé les justifications « naturalistes » mobilisées pour légitimer les différences sociales entre hommes et femmes. Ces phénomènes, considérés comme relevant du seul « fait biologique », ont en effet longtemps fait l'objet d'une conception strictement « naturaliste », y compris au sein des travaux anthropologiques. Ce n'est qu'à partir des années 1970 qu'une nouvelle génération d'anthropologues féministes questionnera cette dichotomie, son rôle, pour expliquer les différences de genre, et sa vision euro-américano centrée.

En 1974, Sherry Ortner, anthropologue américaine, expliquait l'universalité de la subordination des femmes par le fait que ces dernières sont universellement vues comme étant plus proches de la nature (physiologiquement, socialement et psychologiquement) que les hommes, ces derniers étant davantage rattachés à la culture. Cette distinction entre nature et culture permettait à l'auteure d'expliquer la distinction entre femmes et hommes que l'on retrouve dans chaque culture tout en précisant que cette distinction est elle-même un produit de la culture (Ortner, 1974 : 73). Cette approche structuraliste, expliquant l'essentialisme biologique en faisant reposer les « constructions de sexe et de différence de genre sur les 'faits biologiques' de la reproduction », a par la suite été critiquée par d'autres anthropologues (Franklin, 1997 : 19). L'objet de la critique était le maintien même de la dichotomie entre nature et culture dans la théorie structuraliste. Pour David Schneider, anthropologue américain, la prise en compte même du biologique dans les études anthropologiques sur la parenté est le fruit d'une vision ethnocentrique (1984). Le modèle de la parenté

occidentale, accordant une grande importance au biologique, aurait été généralisé à d'autres sociétés, tout en niant la construction culturelle de cette perspective. Bien que son approche culturaliste radicale ait également été controversée, elle a eu une grande influence sur l'anthropologie nord-américaine et a amené à questionner la place qu'elle accordait jusqu'alors au biologique dans l'étude de la parenté. Marilyn Strathern montre à sa suite, également dans une approche culturaliste, en quoi la prétendue universalité de l'opposition nature/culture est le fruit d'une conception occidentale de la parenté (1992). Son étude auprès de la société mélanésienne lui a notamment permis de dévoiler une approche de la personne et de la parenté, fondée non pas sur des statuts fixes et figés, mais sur des statuts variables, dépendant des relations, qui définissent la personne. D'autres travaux comme ceux d'Annette B. Weiner ou Maurice Godelier montrent que nulle part, la dimension biologique de la reproduction ne suffit à engendrer un être humain complet (1988 et 2004). Il doit être défini en tant que membre d'une communauté et reconnu parmi les siens à travers un réseau relationnel complexe, en prenant place dans un ordre culturel et symbolique de parenté lui préexistant. La reproduction est envisagée comme un événement combinant à la fois des faits « naturels » et « culturels ». D'autres travaux se sont par la suite inscrits dans cette voie, développant une approche *relationnelle* du genre et de la parenté (Théry, 2006, 2007, 2010 ; Porqueres, 2009 ; Giraud, 2015)³⁶.

Questionner la « naturalisation » de la reproduction et de la hiérarchie entre les sexes a également été l'objet de travaux des féministes matérialistes. Elles ont proposé d'autres analyses de l'origine de la subordination des femmes, non plus en termes biologiques mais en termes historiques. Parmi ces travaux, un article paru en 1973, puis deux ouvrages fondateurs du féminisme matérialiste français publiés en 1991 et 1992 ont interrogé le lien entre asymétries de genre et assignations des femmes à la nature. L'article puis l'ouvrage de Nicole-Claude Mathieu expliquaient notamment la non reconnaissance de la dimension sociale de la maternité en raison de l'androcentrisme de l'anthropologie (1973 ; 1991). Le point de vue androcentrique avait jusqu'alors assigné les femmes seules à une certaine fatalité biologique pour expliquer leurs comportements tout en les invisibilisant en tant qu'actrices sociales. Colette Guillaumin, s'intéressant aux rapports de pouvoir dans lesquels sont pris les

³⁶ Nous développerons davantage l'approche relationnelle au sein du chapitre 3.

sexes et les races, expliquait également les inégalités existantes par la présence d'une vision « naturaliste » dissymétrique (1992). Elle analysait le fait que le « naturalisme » ne concerne pas et ne vise pas de la même façon tous les groupes impliqués dans des rapports sociaux. Les groupes dominants se définissant à distance de la nature et considérant les dominés comme pleinement immergés dans le « naturel ». C'est ainsi dit Guillaumin que « *les hommes se prétendent identifiés par leurs pratiques et [qu']ils prétendent que les femmes le sont par leur corps.* » (1992 : 71). Selon cette vision, « les dominés sont *dans* la Nature et la subissent, alors que les dominants surgissent *de* la Nature et l'organisent. » (Guillaumin, 1992 : 78). L'auteure explique que les conséquences politiques de cette idéologie sont extrêmement nombreuses. Parmi elles, le fait qu'elle légitime un discours prescriptif des dominants aux dominés. Mais cette idéologie délégitime aussi toute volonté de changement ou d'écart de comportement par rapport à ce qui serait inévitable car un fait de la « nature » (tel que la position de certains groupes sociaux par rapport à d'autres ou encore les comportements et attitudes attendus de la part des membres des différents groupes sociaux).

L'anthropologie féministe, l'anthropologie de la parenté et l'anthropologie de la reproduction sont ainsi fortement liées (Fassin, 2002). Les chercheuses féministes ont expliqué les rapports de pouvoir et la hiérarchie entre les sexes en questionnant le lien établi entre femme et « nature », notamment dans le domaine de la sexualité et de la reproduction. Leurs travaux étudiaient « la naturalisation de la différence des sexes par la reproduction » et portaient donc à la fois sur le genre et la parenté, en plaçant la maternité au centre de leur étude. (*Ibid.*, 2002 : 106).

Ce qu'il faut ajouter, c'est comment cette distinction opérée entre « nature » et « culture » a influencé les représentations des sciences médicales. L'histoire, l'anthropologie et la sociologie des sciences se sont aussi saisies, également dans une démarche féministe, de la question des asymétries de genre et de la dichotomie nature/culture à travers l'étude de la médecine. Les chercheuses et chercheurs se sont attachés à déconstruire la notion même de « nature » alors au cœur des sciences médicales (Gardey et Lowy, 2000). Ils ont en effet montré comment la médecine participe à la « naturalisation » de la binarité sexuelle, de la sexualité et de la reproduction, à travers un traitement différencié des corps des femmes et des hommes

(Oudshoorn, 1994 ; Fausto-Sterling, 2000 ; Gardey, 2013). Centrée particulièrement sur les femmes, la médecine a « pathologisé » et « biologisé » leurs corps. Elle a ainsi renforcé les inégalités de genre et justifié des rôles sociaux différenciés sur la base d'une « fatalité biologique » (Ehrenreich et English, 2015 [1973], 2016 [1973] ; Martin, 1987, 1991 ; Dorlin, 2009). Or, « la particularisation des femmes, notamment par le renvoi sur leur fonction maternelle » a structuré les représentations sociales et médicales, ainsi que le rapport au monde et à la santé des femmes, et ainsi, les inégalités entre les sexes (Membrado, 2006 : 16). Ces travaux se sont aussi attachés à étudier le rôle fondamental de la médecine dans l'élaboration des normes sociales. Michel Foucault a montré comment la médecine a peu à peu renforcé son emprise sur les corps et les sexualités, développant ainsi un contrôle social des corps (1963, 1976).

Au cours de la dernière décennie, plusieurs sociologues se sont intéressés aux contrôles des corps féminins, de la sexualité et de la reproduction qu'opèrent différents champs médicaux et en particulier la gynécologie. Quelques uns de leurs travaux se sont attachés à montrer comment dès l'adolescence, le contrôle et le suivi gynécologique des jeunes filles est l'occasion d'un discours prescriptif et normatif en termes de conduites sexuelles, contraceptives et reproductives (Bozon, 2005 ; Bajos et Bozon, 2008 ; Guyard, 2008, 2010). Ils montrent que les discours médicaux, sous couvert de normes médicales, véhiculent des normes sociales qui perpétuent voire renforcent les normes de genre et les inégalités entre les sexes. D'autres travaux se sont plus spécifiquement intéressés aux discours médicaux accompagnant la ménopause et montrent une « naturalisation » et « pathologisation » d'un phénomène pourtant également éminemment social, qui plus est, véhiculent là encore des stéréotypes de genre en terme de comportements sexuels et reproductifs (Vinel, 2007 ; Charlap, 2015 ; Théré, 2015). Plus largement, les discours médicaux renforçant les représentations et les inégalités de genre, sur la base de référents « naturels », se retrouvent tout au long des trajectoires biographiques des individus.

En ce qui concerne l'assistance médicale à la procréation, de nombreux auteurs se sont attachés à questionner et critiquer, également dans une démarche féministe, la prénatalité d'une vision « naturaliste » de la reproduction et la distinction opérée entre « faits biologiques » et « faits sociaux ». Les montages techniques mis en place en AMP dans le but de favoriser la procréation et les façons dont ils sont justifiés,

débat, permettent une observation particulièrement éclairée des conceptions de la procréation, de l'engendrement, de la filiation et de la parenté dans une société donnée. Ainsi, l'anthropologie des sciences, de la reproduction et de la parenté, mais aussi la sociologie, la philosophie, la psychologie se sont saisies de cet objet d'étude et en ont fait un champ de recherche particulièrement dynamique à l'échelle internationale.

En effet, l'étude de l'AMP est un révélateur exceptionnel des normes sociales encadrant la reproduction et l'engendrement, ainsi que de leurs évolutions. Plus encore, ses techniques sont elles-mêmes à l'origine d'évolutions des pratiques et des attentes sociales en matière de reproduction et d'engendrement. L'AMP contribue en effet aux transformations de la famille contemporaine en permettant des pratiques d'engendrement sans précédents (Porqueres, 2009). Ses techniques rendent possible des découpages inédits dans le processus d'engendrement et d'établissement des liens de filiation. L'évidence de la souveraineté de l'adage latin sur lequel repose traditionnellement la maternité dans les sociétés occidentales : « *mater semper certa est* » signifiant que par l'accouchement la mère est toujours certaine, a été remise en cause par les techniques d'AMP. Le don d'ovocyte ou le don de gestation (dans le cas de la gestation pour autrui) introduisent en effet une dissociation entre différentes figures habituellement unifiées : la femme qui fournit ses ovocytes, celle qui porte l'enfant et celle qui l'élève. Autrement dit, une dissociation est introduite entre procréation, gestation et engendrement. À cette distinction, il faut ajouter celle opérée entre les trois composantes de la filiation : « la composante biologique », « la composante domestique » et « la composante généalogique » traditionnellement considérées comme indissociables (Théry, 2005). Or, l'AMP génère une multiplication des situations où ces trois composantes sont déliées l'une de l'autre. L'évidence jusqu'alors présente dans les sociétés occidentales selon laquelle la reproduction et la filiation reposent sur des faits strictement « naturels » et « biologiques » a de fait été bousculée. Des interrogations nouvelles ont peu à peu émergées dans les sociétés pratiquant l'AMP afin de savoir quels étaient les « vrais » liens permettant de définir socialement et légalement la parenté ; qui du parent « biologique » ou du parent « social » était le « vrai parent » (Théry, 2013 ; Théry et Leroyer, 2014). Les sciences humaines et sociales se sont saisies de la question et ont dénoncé les positions visant à hiérarchiser les liens de filiation ainsi que la parenté

« biologique » et « sociale » (Corpart, 2005 ; Delaisi et Collard, 2007 ; Théry, 2010 ; Fine et Martial, 2010 ; Théry et Leroyer, 2014). Car la particularité de l'AMP est à la fois d'être discutée sur le principe que ses techniques renforcent l'importance accordée au biologique dans la reproduction et l'établissement de la filiation et ainsi, renforcent les modèles ancestraux de la procréation, tout en déniaient l'importance de la parenté « sociale ». Et d'un autre côté, elle est tout à la fois discutée en tant que pratique fabriquant de nouvelles façons d'engendrer qui remettent en cause la dimension biologique de la procréation, ne correspondant plus aux modèles ancestraux de la procréation (Thompson, 2001 ; Bestard, 2005 ; Fine et Martial, 2010 ; Courduriès et Herbrand, 2014). Elle suscite et cristallise ainsi des tensions et critiques qui tout à la fois dénoncent la mainmise du tout biologique ou du tout social dans la reproduction et l'établissement de la filiation, mettant ainsi en péril les modèles familiaux jusqu'alors socialement institués.

Nombre des travaux en anthropologie de la parenté invitent à dépasser cette dissociation et son opposition, démontrant qu'il n'existe pas de relations de filiation en AMP qui puissent se passer totalement de lien « biologique » ou de lien « social » (Strathern, 1992a, 1992b ; Franklin, 1997, 2013 ; Thompson, 2005 ; Edwards, 2009 ; Fine et Martial, 2010 ; Lock et Nguyen, 2010 ; Théry, 2010, 2013 ; Théry et Leroyer, 2014). En étudiant la pratique du don de gamètes en France, Irène Théry a ainsi montré comment le cadre légal de l'AMP tend à renforcer les incompréhensions et les tensions en masquant artificiellement le fait que ces deux dimensions de la filiation sont toujours présentes dans le processus de reproduction. En mobilisant la notion de « don d'engendrement » pour qualifier la pratique de don de gamètes, elle montre comment les actes de procréation (reposant sur les faits « biologiques ») et d'engendrement (reposant sur les faits « sociaux ») sont toujours présents bien que répartis entre différents protagonistes (Théry, 2010). Or l'AMP française ne reconnaît pas le rôle de l'ensemble de ces protagonistes. En effet, lorsqu'un couple recourt par exemple à un don de gamète en France, dans ce cas l'un – fertile – procrée, l'autre – infertile – ne procrée pas³⁷. Toutefois, les deux engendrent dans le sens où ils seront socialement institués en tant que parents de l'enfant à venir. En ce qui concerne le donneur ou la donneuse de gamètes, il ou elle procrée également, en fournissant ses

³⁷ Seuls les couples hétérosexuels sont acceptés en AMP en France. Le double don étant interdit, un seul des deux doit être infertile pour pouvoir recourir au don de gamètes.

gamètes, mais n'engendre pas puisque ne sera pas reconnu en tant que parent de l'enfant. Ainsi, ce personnage procréé pour qu'un autre engendre : il fait un « don d'engendrement » (Théry, 2010 ; Théry et Leroyer, 2014). Or, comme le souligne I. Théry, en maintenant ce personnage dans l'ombre de l'anonymat, la société française ne reconnaît pas la responsabilité de son action. Dès lors des crispations et incompréhensions se font jour dans la société, face à une pratique médicale qui nie le rôle de l'ensemble des acteurs à l'origine de la naissance de l'enfant et fait « comme si » les deux membres du couple avaient procréé l'enfant dont ils sont les parents. Si dans le cadre de la parenté hétérosexuelle il existe peu de réticences à cette pratique, en revanche dès lors que l'on aborde la question de l'accès à ces techniques aux femmes en couple homosexuel, des discours obscurantistes apparaissent, dénonçant la volonté des femmes et des médecins concernées de vouloir faire croire aux enfants qu'ils seraient « biologiquement » le fruit de l'union de deux femmes. Face à ces incompréhensions, Irène Théry propose de passer du modèle d'AMP français « *Ni vu ni connu* » qui ne reconnaît pas la place de chaque protagoniste dans le processus de procréation et d'engendrement dans le cadre de l'AMP avec don, à un modèle de « *Responsabilité* » (Théry, 2010 ; Théry et Leroyer, 2014). Au sein de ce modèle, il s'agirait de reconnaître tout simplement la responsabilité d'action de chacun des protagonistes intervenant dans le processus de procréation et d'engendrement et le fait que certains procréent, d'autres pas, certains engendrent, et d'autres pas.

Les travaux ayant contribué à analyser la dichotomie nature/culture pour expliquer les inégalités de genre et plus largement pour dénoncer la biologisation des faits sociaux et des inégalités sociales, sont extrêmement nombreux. D'excellentes revues de littérature présentant ces travaux et les débats accompagnant leurs publications depuis les années 1970 ont déjà été réalisés et témoignent d'une richesse pluridisciplinaire sur le sujet (pour ne citer que quelques contributions : Gardey, 2006 ; Williams *et al*, 2003 ; Franklin, 1997, 2013 ; Thompson, 2005 ; Inhorn et Birenbaum-Carmeli, 2008).

Pourquoi rappeler ici ce constat, déjà ancien, du lien qui a été établi y compris au sein des sciences médicales, entre femme et « nature », et qui justifie des attentes et rôles sociaux différenciés entre hommes et femmes ? Pourquoi rappeler ici le constat de la distinction opérée en AMP entre « faits biologiques » et « faits sociaux » dans la

façon d'envisager la reproduction et l'établissement de la filiation ? Plusieurs générations de chercheuses et chercheurs féministes se sont déjà attachées à dévoiler et critiquer ces différentes positions. Pour autant, elles restent toujours prégnantes dans le cadre de l'AMP française, en particulier lorsque nous les appréhendons au croisement des questions d'âge et de genre.

3. AMP, INFERTILITE, AGE ET GENRE : L'ANALYSE DES SCIENCES SOCIALES ET LA CRITIQUE DU « NATURALISME »

Dès lors que l'on s'intéresse à la question de l'âge en AMP et à la façon dont cet indicateur est mobilisé pour constituer des seuils dans l'accès à ces techniques médicales, les questions des asymétries de genre et de la « naturalisation » de la reproduction apparaissent comme étroitement imbriquées. Comme le précisent Michel Bozon et Juliettes Rennes, « alors que l'âge civil est en principe une catégorie juridique neutre du point de vue du sexe des personnes, l'évidence de la « différence naturelle » entre les sexes justifie (...) l'institution de normes d'âge sexuées qui en retour légitiment les différences de genre. » (2015 : 9). Dans le cadre de l'AMP française les limites d'âges reposent en effet sur les limites « naturelles » de la procréation, et reproduisent ainsi les asymétries de genre sur la base de « faits biologiques » (Löwy, 2009 ; Fassin, 2002). La durée de la fertilité féminine étant plus réduite que celle des hommes, c'est principalement sur la limite « naturelle » de la procréation féminine que reposent les seuils d'accès à l'AMP.

Parmi les travaux portant sur ce sujet, les travaux de Laurence Tain ont été parmi les pionniers. En questionnant le « bon âge » pour avoir un enfant et la façon dont les institutions médicales répondent à cette question en élaborant des normes sociales basées sur des critères biologiques pour les femmes, Laurence Tain montre également comment l'AMP fabrique une « différenciation sexuée des calendriers reproductifs » (Tain, 2013a, 2013b). Elle souligne le fait que les critères « biologiques » mobilisés n'en demeurent pas moins sociaux. Elle prend pour exemple l'étude d'autres sociétés qui montre que la fin de la vie reproductive féminine n'est pas toujours liée à la fin de

la capacité physiologique procréative mais à d'autres événements sociaux tels que le mariage ou l'entrée dans la vie parentale d'un de ses enfants (Vinel, 2007b (cité dans Tain, 2013b) ; Fine *et al.*, 2009). Elle prend également pour exemples les différences de réactions face aux paternités « tardives » et aux maternités « tardives », ou encore le fait de considérer les maternités après 40 ans comme « tardives » alors même que des grossesses naturelles ont lieu par-delà cet âge et parfois même jusqu'à 45 ans. Elle montre que tous ces éléments témoignent de la dimension sociale des normes sur lesquelles repose la définition du « bon âge » pour être parent, à laquelle la définition des limites d'âge en AMP ne déroge pas. Par ailleurs, elle observe une évolution des normes cliniques face à l'évolution conjointe des pratiques sociales et des technologies. En effet, un certain flou accompagne les limites d'âges posées dans le cadre de l'AMP qui sont de ce fait quelque peu changeantes en fonction des appréciations individuelles des médecins ou des institutions médicales. Ainsi, face à la pression de patientes fortement dotées socialement et culturellement, les médecins sont parfois amenés à revoir, dans une certaine mesure, les limites jusqu'alors fixées. Cette dernière observation amène à questionner le rôle et la spécificité des techniques d'AMP sur le phénomène des maternités dite « tardives ».

Hormis les contributions venant d'être cités qui analysent et dévoilent le fait désormais bien connu que le traitement asymétrique de l'âge dans l'AMP, reposant sur les différences biologiques entre femmes et hommes, renforce les asymétries de genre, peu de travaux ont exploré de manière approfondie le traitement de l'infertilité liée à l'âge des femmes dans le cadre de l'AMP. Les contributions précédentes invitent à poursuivre les recherches sur les questions de l'âge et du genre dans le cadre de l'AMP et à questionner notamment « l'opposition entre la nature et l'artifice qui sous-tend nos représentations de la parenté et de la reproduction » (Fassin, 2002 : 120). À partir de la question des seuils d'âge en AMP, Eric Fassin invite en effet les recherches futures à poursuivre les questionnements sur la façon dont « les sociétés construisent la nature, et d'un même mouvement la culture. » (*Ibid.*) et Laurence Tain d'approfondir l'étude du rôle de l'AMP sur les évolutions sociales (Tain, 2013a, 2013b).

Une étude s'est attachée à se saisir de ces questions de manière approfondie, que nous souhaitons présenter ici de manière plus détaillée. Il s'agit d'un travail mené par Nolwenn Bühler dans le cadre de sa thèse de doctorat soutenue en Suisse en 2016. Intitulé « *The frontiers of Age. ARTs and the Extension of Fertility Time in Switzerland*

and Beyond », son travail de doctorat étudie la façon dont la question de l'âge – en tant qu'entité sociale, biologique, politique, éthique – et du vieillissement, sont appréhendées dans le cadre de l'AMP en Suisse, à travers l'expérience des femmes, des médecins et des biopolitiques de l'AMP. S'inscrivant dans la lignée des travaux de l'anthropologie de la reproduction nord-américaine questionnant la distinction opérée entre nature et culture que nous avons présenté précédemment, elle aborde son objet d'étude en prenant en compte tout à la fois ses dimensions biologique et sociale et leurs articulations.

L'auteure interroge le rôle spécifique de l'AMP – dont les techniques permettent d'outrepasser les limites naturelles de la procréation – dans l'accroissement des maternités dites « tardives » et dans la recomposition des normes d'âge. L'AMP permet en effet le dépassement des frontières marquant jusqu'alors la période de vie consacrée à la reproduction et celle n'y étant plus dévolue. Elle favorise ainsi le dépassement des « frontières de l'âge », comme en témoigne les grossesses des femmes ménopausées, permises par le recours au don d'ovocytes. Il s'agit là de l'objet d'étude de Nolwenn Bühler, étudier les changements induits spécifiquement par les technologies de l'AMP qui permettent le dépassement des frontières de l'âge. Pour cela, elle place au centre de son analyse la question de l'âge qu'elle articule avec l'étude de l'AMP et de la fertilité féminine :

« I am less interested in the outcome – late motherhood or postmenopausal pregnancies – than in the upstream traffic between reproductive and anti-aging technologies rendering such transformations possible. (...) I think that is crucial to question how age, fertility, and ARTs relate in the first place, before examining how age norms change, because this would assume that we know what age is. Yet, I want to question what age is in relation to ARTs and fertility. » (Bühler, 2016 : 16).

L'hypothèse qu'elle émet dès le début de son travail est que les techniques d'AMP telle que le don ou l'autoconservation d'ovocytes, en permettant une extension de la fertilité féminine, affecte les catégories et représentations des âges dans les sociétés, tel que l'âge jusqu'auquel une femme peut procréer :

« I consider that these biomedical technologies are part of the traffic between reproductive and regenerative or anti-aging sociotechnical project and that this traffic affects the very understanding of the category of

reproductive aging and of its ontology. Therefore my questioning focuses on the productive relations between ARTs and age-related infertility and on the potentiality that they work as anti-aging agents in a way enabling the extension of female fertility. » (Bühler, 2016 : 17)

Elle propose ainsi d'éclairer « the conditions of possibility for ARTs to work as anti-aging and to produce knowledge on the relation between age and fertility at the same time. » (*Ibid.*). À travers ce premier objectif, Bühler s'en fixe un autre qui est de questionner la notion même de « nature », la façon dont elle se trouve transformée par les techniques d'AMP étudiée et l'extension de la fertilité féminine, et la façon dont elle est appréhendée et encadrée par le cadre légal Suisse :

« On the other hand, I ask how the « nature » of reproductive aging is transformed when it becomes the target of reproductive technologies and therefore how the « potentiality » of fertility extension is framed in the Swiss context and becomes a matter of governance. » (*Ibid.*).

Le contexte qu'elle étudie est relativement semblable à celui de la France. En effet, le cadre légal réglementant les pratiques d'AMP en Suisse est assez strict car interdit le recours au don d'ovocytes, tout en permettant le don de spermatozoïdes. Les limites reposent, comme en France, sur la distinction entre infertilité « normale » et infertilité « pathologique » et sur une vision de la procréation qui reproduit aussi étroitement que possible les conditions « naturelles » pour avoir un enfant (couple hétérosexuel en âge de procréer). La question de la « nature » est ainsi au cœur des limites posées et au centre des débats portant sur les techniques permettant l'extension de la fertilité féminine.

N. Bühler développe sa recherche en trois parties. Au sein de la première, elle explore la façon dont la question de l'âge et en particulier du vieillissement reproductif sont abordées dans les sciences biomédicales. Elle montre que le développement des techniques d'AMP a généré un intérêt croissant de la recherche scientifique concernant les effets de l'âge sur l'infertilité, et les effets des techniques d'AMP sur le vieillissement ovarien. À partir de la littérature scientifique médicale sur les différentes techniques d'AMP traitant l'infertilité liée à l'âge, elle montre que les limites d'âge reposent, comme en France, sur des statistiques basées sur la diminution des taux de grossesse liée à l'altération « naturelle » de la fertilité féminine, qui n'a pourtant rien de stable ni de figée car varie d'une femme à une autre. L'âge des

femmes est mobilisé comme une raison d'arrêt ou de refus de prise en charge en FIV intraconjugale du fait que cette technique ne permette pas de palier la diminution de la quantité et de la qualité ovocytaire liée au vieillissement du corps reproducteur féminin. Les mauvais résultats de la FIV liés à l'altération de la réserve ovarienne avec l'âge justifient ainsi la barrière d'accès à l'AMP.

En étudiant les situations de « transfert » tel que le recours au don d'ovocyte, Nolwenn Bühler poursuit son exploration de la façon dont l'« âge » et le « vieillissement » sont appréhendés dans le cadre de l'AMP. Elle montre que le don d'ovocyte, reposant sur le remplacement des ovocytes altérés en raison de l'âge de la femme par des ovocytes d'une donneuse plus jeune, confirme l'observation selon laquelle le fait d'être considéré comme « âgé pour procréer » repose en réalité sur le seul état des ovocytes. Cet élément est en effet la cible des techniques d'AMP pour résoudre l'infertilité des femmes dites « âgées ».

De nombreuses techniques se sont développées permettant d'étendre la fertilité féminine, certaines étant controversées au sein même des sciences médicales. L'auteure explique que les discussions autour de ces techniques ont un impact sur les définitions et représentations médicales des limites d'âge à la procréation qui ne cessent de ce fait d'évoluer et de se redéfinir.

Ainsi, Nolwenn Bühler montre dans cette partie en quoi l'âge et le vieillissement reproductif, les limites « naturelles » de la fertilité, apparaissent comme des éléments variables, fluctuant, d'autant plus que les savoirs et techniques médicales évoluent et que les technologies les transforment.

La seconde partie de sa recherche repose sur les résultats d'une enquête de terrain auprès de femmes en parcours d'AMP en raison d'une infertilité liée à l'âge. À partir des expériences de ces femmes, elle analyse le rôle des techniques d'AMP sur les « définitions, compréhensions et expériences des frontières de l'âge » (Bühler, 2016 : 29). Elle présente la façon dont l'infertilité liée à l'âge se matérialise dans les trajectoires individuelles des femmes qui y sont confrontées et les effets produits par cet événement tel que l'apparition d'une distinction entre « l'âge chronologique » et « l'âge biologique » (Bühler, 2016 : 180). Par cette distinction elle désigne une tension entre l'âge vécu socialement et l'âge des fonctions physiologiques. Par âge

« chronologique », elle désigne le comptage socialement institué des années depuis la naissance. Et par âge « biologique », elle fait référence à l'état physiologique du corps en relation avec le vieillissement, tel que l'altération de la réserve ovarienne. Elle explique à ce propos que si « l'âge biologique » compte particulièrement pour les médecins, car en affectant la qualité des ovocytes il détermine les techniques médicales devant être mobilisées, « l'âge chronologique » compte tout autant pour les patientes et détermine le fait de se lancer ou non dans le parcours d'AMP, de souhaiter attendre ou non avant de matérialiser le projet d'enfant.

Mais une fois lancées dans les examens du parcours d'AMP, qui mesurent, quantifient, évaluent la qualité et quantité des ovocytes, « l'âge biologique » devient plus concret et central pour elles aussi. De manière générale, l'âge dans le parcours d'AMP est au centre des préoccupations mais aussi des rythmes et temporalités mises en place. En effet, âge et temporalités du parcours d'AMP sont étroitement connectés car l'âge, en tant que marqueur de l'altération de la réserve ovarienne, s'accompagne d'une urgence à ce que le projet d'enfant aboutisse au plus vite, avant que l'altération ne s'amplifie. L'âge des femmes conduit ces dernières à tenter d'accélérer le rythme des cycles du parcours d'AMP. Cette lutte contre le temps, et l'investissement fort dans le parcours d'AMP, rendent la perception du vieillissement reproductif lié à l'âge encore plus tangible pour ces dernières. Ce qui conduit N. Bühler au constat que « the materiality of age and time are co-produced along with reproductive treatment and while time goes beyond the question of age » (2016 : 212).

Mais lorsque les femmes décident de recourir au don d'ovocytes à l'étranger, dans ce cas le rapport au corps et à l'âge est transformé. La perspective du recours au don d'ovocytes est appréhendée de manière complexe par les femmes concernées. Sans se précipiter vers cette technique comme un « consommateur dans un “marché reproductif” », sans non plus s'y laisser guider passivement, les femmes interrogées par N. Bühler hésitent et réfléchissent avant d'envisager cette perspective d'extension de la fertilité souvent non imaginée jusqu'alors (2016 : 239). Toutefois, si elles se questionnent face à cette perspective technique qui permet de transformer les limites biologiques de la procréation, elles y sont finalement favorables, car cette technique s'inscrit dans le cadre des transformations plus large de la société, dans lequel leurs parcours prennent place. Ainsi, l'auteure explique que les techniques permettant d'étendre la fertilité féminine telle que le don d'ovocytes affecte et transforme les

représentations des femmes concernées de ce qui constitue la limite « naturelle » de l'âge à la procréation, qu'elles-mêmes révisent au fil de leurs parcours.

La dernière partie du travail de recherche de N. Bühler étudie la façon dont les biopolitiques en Suisse abordent la question de l'accès aux technologies médicales telles que le recours au don ou à l'autoconservation des ovocytes, pour pallier le vieillissement ovarien en raison de l'âge des femmes. Elle s'appuie pour cela sur des entretiens réalisés auprès de médecins de la reproduction. Elle explique que l'interdit de ces deux techniques est lié à la prédominance d'un « principe de précaution » au sein du mode de gouvernance suisse (2016 : 269). Les médecins de la reproduction s'interrogent sur les dimensions et risques éthiques de ces techniques et s'avèrent eux-mêmes très prudents et précautionneux, préférant l'interdit en cas de doutes. L'auteure explique que cet interdit de l'extension de la fertilité féminine au moyen des techniques d'AMP est, comme en France, lié au cadre légal de l'AMP qui reproduit une conception « naturaliste » de la procréation : les limites d'accès à l'AMP sont liées à la limite d'âge « naturelle » pour procréer.

À partir des discours des médecins sur les possibilités d'évolution de la législation de l'AMP dans le but d'étendre la fertilité féminine, elle observe trois types de positions, reposant sur trois configurations différentes de l'articulation entre les dimensions « naturelles » et « sociales » de la reproduction :

La première position est défavorable à toutes transformations et repose sur la distinction établie entre normal et pathologique pour justifier le permis et l'interdit en matière d'accès à l'AMP, comme en France (Vialle, 2014). Selon ce point de vue, l'infertilité liée à l'âge n'étant pas une pathologie mais le fruit des choix de vie des femmes, l'ouverture aux techniques médicales permettant d'y palier n'est pas légitime. Les limites doivent correspondre aux limites de la « nature ».

La seconde position prend en compte les difficultés sociales des femmes amenant à ce qu'elles reportent dans le temps leur projet parental. Elles ne sont pas désignées comme responsables et fautives. La souffrance de ces femmes est prise en compte et l'AMP, considérée comme devant répondre au bien-être des individus, doit s'ajuster aux évolutions de la société sans pour autant encourager l'extension de la fertilité par-delà les limites naturelles. L'AMP ne doit pas distinguer et hiérarchiser les différents

types d'infertilité en fonction de leurs causes, pathologiques ou non pathologiques. Les dimensions biologiques et sociales de l'infertilité liée à l'âge sont ici entremêlées et toutes deux prises en compte.

Enfin, la troisième position présente l'infertilité liée à l'âge comme un problème social contre lequel il faut lutter. Il ne s'agit pas d'y répondre par une plus grande ouverture aux techniques d'AMP mais par un changement des pratiques sociales qui conduisent à faire des enfants à un âge avancé. Les médecins et la société doivent davantage informer et sensibiliser les jeunes femmes à la baisse de la fertilité avec l'âge pour qu'elles fassent des enfants plus tôt dans leur vie. La société doit leur permettre de pouvoir mener de front profession et maternité. Le fait que l'AMP puisse répondre et résoudre ce problème social est présenté comme utopique et illusoire. Dans cette position, la vision « naturaliste » de la reproduction est renforcée.

En esquisant ces trois positions, l'auteure montre ainsi comment les médecins, en discutant des limites d'âge à la procréation dans le cadre de l'AMP, articulent de manière variée « les frontières entre le naturel, le social et le médical » (Bühler, 2016 : 299).

La recherche de Nolwenn Bühler montre en quoi les frontières de l'âge mais aussi entre les dimensions naturelles et sociales de la reproduction sont fluctuantes, mouvantes, en particulier par le développement des technologies de la reproduction. Ce constat correspond aux résultats des études américaines réalisées sur le sujet (Becker, 2000 ; Friese *et al.*, 2008). Ces dernières montrent en effet comment les techniques médicales de reproduction assistée, notamment le don d'ovocyte, permet aux femmes d'étendre la période de vie consacrée au projet maternel. Cela participe à un changement des perceptions et représentations qui pesaient jusqu'alors sur les maternités « tardives », qui de ce fait se décalent à des âges plus élevés. Quant à la recherche de Bühler, son apport est notamment de montrer en quoi la question de la « nature » est éminemment sociale, éthique, médicale, mais aussi politique, alors que ces multiples dimensions sont souvent évacuées et passées sous silence dans les discours sociaux sur l'AMP. Remettre au centre de l'analyse la notion de « nature » et montrer ses multiples caractéristiques permet ainsi de dévoiler en quoi sa centralité dans l'élaboration des normes médicales et la justification des limites d'âge posées aux femmes est purement politique et ainsi, non intangible.

La notion de « naturalisme », faisant l'objet de critiques de la part des chercheuses et chercheurs en sciences humaines et sociales, consiste à expliquer les différences entre femmes et hommes sur la base de faits biologiques. Les travaux mobilisés ont montré que cette vision est particulièrement prégnante dans le domaine de la reproduction. Par la procréation, la gestation et la naissance, les femmes seraient pleinement immergées dans la *nature*, davantage que ne le sont les hommes. Puisqu'il serait naturel pour les femmes de porter et d'élever un enfant, il irait de soi que ces dernières soient davantage attachées aux domaines de la sphère privée tels que le soin et l'éducation des enfants, quand les hommes sont davantage attachés aux domaines de la sphère publique. De la même façon, dans le cas nous intéressant, il irait de soi que les limites posées aux femmes pour accéder à l'AMP reposent sur des faits uniquement d'ordres biologiques puisqu'ils conditionnent la maternité, quand pour les hommes, ce sont des référents d'ordres sociaux tels que l'éducation sur lesquels reposent leurs conditions d'accès à ces mêmes techniques. Les institutions définissant les règles, normes, lois, et catégories sociales sont elles-mêmes imprégnées de représentations sociales qu'elles reproduisent à leur tour (Douglas, 2004 [1986]), comme la naturalisation de la reproduction féminine. Les anthropologues et sociologues cités se sont attachés à déconstruire cette opposition entre « femme-nature » et « homme-culture » et ont montré qu'il s'agissait d'une construction sociale largement prégnante dans les sociétés euro-américaines renforçant les inégalités entre femmes et hommes. Cette critique commune s'appuie néanmoins sur différentes positions théoriques. En schématisant quelque peu, certaines positions « essentialistes » critiquent la hiérarchie entre les sexes sur la base des faits biologiques en maintenant au cœur de leur argumentation le rôle de la nature pour expliquer les spécificités féminines et masculines. Selon cette approche, ce n'est pas la « nature féminine » qu'il revient de questionner mais la façon dont elle a injustement été « refoulée par le phallocentrisme » et a servi à légitimer les inégalités de genre (Löwy et Rouch, 2003 : 6). D'autres positions « matérialistes » dénoncent à l'inverse la croyance en une « nature féminine » comme la résultante d'une construction purement socioculturelle amenant à légitimer l'oppression des femmes (*Ibid.*). La deuxième position reproche à

la première « de faire du sexe biologique un réel incontournable qui justifie la bicatégorisation de l'humanité en hommes et femmes structurant le social », tandis que la première position reproche à la seconde « de réduire le sexe biologique à un simple marqueur qui ne prendrait sens et importance que par le social » (Löwy et Rouch, 2003 : 6). Enfin, une troisième position appréhende la différence des sexes comme un phénomène biosocial, sans faire abstraction de la matérialité des corps mais sans non plus faire abstraction de la construction socioculturelle de la différence des sexes sur la base de faits naturels. Pour les chercheuses et chercheurs inscrits dans cette voie, la procréation, la gestation et l'accouchement, soit, la reproduction féminine, ne saurait être appréhendée comme un acte purement et strictement naturel et biologique. Ils montrent en quoi il s'agit d'un acte également toujours chargé de sens et de significations sociales, inscrit plus largement dans un processus d'engendrement humain (Théry, 2011).

C'est dans cette dernière perspective que nous abordons notre objet d'étude. Nous avons montré au sein du premier chapitre que les seuils de la fertilité et de la reproduction des femmes sont appréhendés dans la société française en référence à la seule « horloge biologique », sans équivalent pour les hommes. Nous qualifions cette vision de la reproduction et de la fertilité féminine de « naturaliste ». Cette vision a des implications très concrètes dans la société. D'une part, elle induit l'énonciation d'un discours social moralisateur et prescripteur à l'encontre des femmes, leur intimant de se conformer à leur « nature ». D'autre part, elle entraîne l'énonciation de règles d'accès à l'AMP asymétriques entre femmes et hommes, reposant sur la stricte biologie pour les unes et sur les compétences sociales et relationnelles pour les autres. Ces règles reposant sur la nature féminine sont justifiées par l'opposition entre une infertilité « pathologique » et une infertilité « normale » et conduisent à une opposition entre deux AMP : une AMP légitime (dans le cadre de la *nature*) et une AMP illégitime dite « de convenance » (en dehors du cadre de la *nature*). Ainsi, l'AMP pratiquée dans un strict cadre « pathologique » se conformerait aux *lois de la nature*, hors de ce cadre elle serait illégitime et est interdite. Mary Douglas a montré comment, plus largement, toutes les institutions justifient les règles établies comme naturelles, ce qui permet de leur donner une certaine légitimité (2004 [1986]). Il s'agit d'un principe stabilisateur des institutions et sociétés et de leurs classifications sociales, cette « naturalisation des conventions » rendrait ainsi plus difficile toute contestation des

règles instituées (*Ibid.* : 83). Pourtant, les règles de l'AMP et leur dimension strictement « naturaliste » se trouvent aujourd'hui mises en tension par les évolutions de la société et les nouvelles demandes en matière de reproduction. C'est à cette tension que nous souhaitons nous intéresser dans cette thèse, en appréhendant conjointement les dimensions biologiques et sociales de la fertilité et de la reproduction féminine, par-delà leur opposition, à travers l'étude particulière de l'infertilité féminine liée à l'âge. Nous prolongerons ainsi l'analyse et la discussion déjà entamée par les chercheurs de la notion de « maternité tardive » et du phénomène de recomposition des normes d'âge à la maternité qui la caractérise. Nous poursuivrons la critique de l'opposition entre « femme-nature » et « homme-culture » ainsi que celle de la vision « naturaliste » des règles de l'AMP par l'étude particulière des seuils de la fertilité féminine. Pour cela, précisons notre approche au sein du chapitre suivant.

Chapitre 3 : Hypothèse, démarche, objectifs : l'âge, révélateur des apories de l'opposition des deux infertilités

L'étude des discours et cadres légaux de l'AMP relatifs aux limites d'âge de la maternité a permis de montrer les distinctions fortes sur lesquelles reposent le permis et l'interdit en matière d'accès aux techniques reproductives en France. Deux conceptions de l'AMP prédominent et s'opposent : une AMP légitime dite « thérapeutique » prenant en charge les infertilités « pathologiques » d'un côté ; et une AMP illégitime dite « de convenance personnelle » ou « de confort » refusant les infertilités « physiologique » ou « normale » d'un autre côté. « AMP légitime » ou « AMP de convenance » reposent donc sur la distinction entre infertilité « pathologique » et infertilité « normale » qui elle-même repose sur une autre opposition liée à la conception « naturaliste » du modèle bioéthique français. En effet, une distinction entre nature et culture régit la conception occidentale de la reproduction en AMP, plaçant les femmes du côté de la nature et les hommes du côté de la culture. Cette conception amène à poser des limites d'âge distinctes, liées davantage aux « faits biologiques » pour les unes (horloge biologique) et aux « faits sociaux » pour les autres (capacité éducative jusqu'à la majorité de l'enfant).

De cette conception de la reproduction, de la fertilité et de l'AMP, des discours asymétriques sont formulés aux femmes et aux hommes. Les unes doivent être à l'écoute de leur « horloge biologique » et se conformer aux rythmes « naturels » de la procréation sans quoi elles sont vivement critiquées, quand les uns adoptent la temporalité qui leur convient, aucun discours spécifique ne leur est adressé. Ainsi, les femmes de plus de 40 ans, notamment sans enfant, qui souhaitent recourir à l'AMP en raison d'une infertilité liée à leur âge et éventuellement à un don d'ovocyte ou à l'autoconservation ovocytaire, sont accusées de vouloir défier les *lois de la nature* et d'exiger un « droit à l'enfant » à la société.

Des travaux se sont d'ores et déjà attachés à étudier et questionner cette centralité de la *nature* dans la façon d'envisager les limites d'âge des femmes dans l'accès à l'AMP (notamment Bühler, 2016). Arguant la nécessité d'articuler la dimension naturelle, biologique, avec la dimension sociale des faits étudiés, les études mobilisées dans le chapitre 2 ont montré qu'on ne pouvait isoler tout à fait l'une ou l'autre de ces dimensions de la reproduction. Elles ont exposé aussi en quoi ces notions étaient mouvantes et fluctuantes, et comment les nouvelles technologies de la reproduction, permettant de résoudre l'infertilité féminine liée à l'âge, ne conduisent pas à une disparition des limites de la nature, mais à une transformation de ses frontières et ainsi, de celles de l'âge à la maternité (Becker, 2000 ; Friese *et al.*, 2008 ; Bühler, 2016).

Pour notre part, nous souhaitons interroger le discours social « naturaliste » présenté au sein du premier chapitre, en plaçant au centre de notre recherche l'étude de l'opposition entre infertilité « normale » et infertilité « pathologique » au sein du modèle bioéthique français. Notre hypothèse est que l'étude de l'infertilité féminine liée à l'âge permet de montrer de manière particulièrement éclairée que l'opposition entre infertilité « normale » et « pathologique » qui structure le modèle bioéthique n'est pas si évidente. Cela nous conduira ainsi à questionner la distinction entre les deux AMP : « légitime » et « de convenance ».

1. L'OPPOSITION ENTRE INFERTILITE « NORMALE » ET « PATHOLOGIQUE » AU PRISME D'UNE ETUDE DE L'INFERTILITE FEMININE LIEE A L'AGE EN AMP

Notre critique de l'opposition entre infertilité « normale » et infertilité « pathologique » dans le cadre de l'AMP française passe par l'étude spécifique du traitement de l'infertilité féminine liée à l'âge. L'opposition entre les deux infertilités se retrouve dans l'ensemble des pratiques d'AMP, comme en témoigne l'interdit d'accès imposé aux femmes célibataires et homosexuelles dont l'infertilité ne correspond pas au cadre de l'AMP légitime dite « thérapeutique ». Nous pensons

cependant que l'étude de l'infertilité féminine liée à l'âge permet de questionner de manière particulière cette opposition.

Nous avons vu au sein du chapitre 1 que les médecins présentent l'infertilité féminine liée à l'âge comme un processus, long et lent, lié à l'altération progressive de la réserve ovarienne qui débute dès 25 ans. Pourtant les femmes peuvent être acceptées en AMP intraconjugale jusqu'à 43 ans, bien que le don d'ovocyte leur est souvent refusé dès 40 ans. À quel âge bascule-t-on de l'infertilité « pathologique » qui permet un accès à l'AMP, à l'infertilité « normale » qui conduit à un refus de prise en charge ? Quels éléments permettent de dire que l'on se situe dans l'une ou l'autre de ces deux formes d'infertilité ? Qu'en est-il des femmes prises en charge entre 40 et 43 ans en AMP avec leurs propres gamètes ? Leur prise en charge ne déroge-t-elle pas au cadre d'acceptation de l' « AMP légitime » ?

Nous allons nous intéresser à ces situations permettant de questionner la caractérisation de l'infertilité comme « normale » ou « pathologique ». Notre hypothèse est que dans le traitement de l'infertilité féminine liée à l'âge dans le cadre de l'AMP intraconjugale, les frontières du « normal » et du « pathologique » sont fluctuantes, entremêlées, et peuvent être questionnées de façon importante.

Nous avons vu que des recherches étudient et montrent les articulations existantes entre « faits biologiques » et « faits sociaux », entre « âge biologique » et « âge chronologique », en lien avec la reproduction et la maternité. Ces études se centrent en particulier sur les techniques permettant une plus grande dissociation (avec le don d'ovocyte), ou transformation (avec l'autoconservation des ovocytes) de ces frontières (Bühler, 2016). Or, nous pensons que l'articulation entre ces éléments peut être interrogée dans le cadre même de l'AMP intraconjugale, via l'étude du traitement de l'infertilité féminine liée à l'âge, lorsque les femmes sont prises en charge entre 40 et 43 ans avec leurs propres gamètes. Étudier le traitement de l'infertilité liée à l'âge nous permettra ainsi de questionner sous un angle particulier la caractérisation de l'infertilité comme étant soit « normale » – car en dehors d'un cadre *naturel* de procréation –, soit « pathologique » – car à l'intérieur d'un cadre *naturel* de procréation. À partir de l'étude de cette infertilité, nous pensons ensuite pouvoir questionner plus largement le modèle bioéthique français et éclairer une partie des débats qui y sont relatifs. Nous avons effectivement vu au sein du chapitre 1 qu'une grande partie du discours social réactionnaire envers les maternités entre 40 et 45 ans

par AMP repose sur cette opposition entre « normal » et « pathologique ». Ce discours présuppose que les infertilités « pathologiques » dans un cadre théoriquement « naturel » de procréation sont légitimes, quand celles qualifiées de « normales » car liées à la physiologie du corps humain, donc en dehors d'un cadre théoriquement « naturel » de procréation, sont considérées comme des monstruosité en AMP et plus généralement pour la société. En questionnant l'opposition entre ces deux infertilités, nous souhaitons ainsi pouvoir déconstruire les représentations du débat social et médical. Il nous semble qu'analyser les écarts, distensions, temporalités multiples et entremêlements des dimensions biologiques et sociales de l'infertilité féminine dans le cadre même de l'AMP intraconjugale autorisée et mise en pratique actuellement en France, permettra par la suite de questionner autrement le débat relatif à l'accès aux femmes de plus de 40 ans au don et à l'autoconservation des ovocytes.

Dans son travail, Nolwenn Bühler part aussi de l'étude de l'infertilité féminine liée à l'âge, en interrogeant des femmes prises en charge en AMP intraconjugale. Elle s'interroge sur la façon dont les techniques reproductives affectent et transforment les frontières du biologique et du social de la reproduction, et ainsi l'âge à la maternité. Sa démarche est de comprendre comment les technologies reproductives, en permettant une extension dans le temps de la fertilité féminine, affectent et transforment la nature. Pour notre part, c'est la notion même d'infertilité que nous plaçons au centre de notre recherche à travers l'étude spécifique du traitement de l'infertilité féminine liée à l'âge. Par l'analyse de l'opposition entre les deux infertilités, nous souhaitons ainsi mener une critique du modèle normatif de l'AMP en France et du discours social réactionnaire qui l'accompagne, qui opposent deux formes d'AMP : une AMP légitime et une AMP illégitime dite « de convenance personnelle ».

Notre critique repose en particulier sur le fait que ces oppositions reposent elles-mêmes sur une autre opposition, celle entre « faits biologiques » et « faits sociaux » de la maternité, alors même que la maternité n'est jamais seulement le fait de la procréation, de la grossesse et de l'accouchement, mais dépend aussi de l'ensemble des actes humains qui y sont liés. Ces actes sont dotés de sens et de significations sociales, ils permettent d'instituer un fœtus comme une personne humaine (Giraud, 2015), d'instituer les engendeurs de l'enfant comme ses parents, soit de passer de la

procréation à un engendrement pleinement humain (Théry, 1998, 2014). Ce constat, loin d'être nouveau, a fait l'objet de longue date de travaux d'anthropologues et de sociologues (notamment Mauss, 2007 [1925]). Néanmoins, cette opposition demeurant au cœur du cadre légal de l'AMP et au cœur du discours sur l'AMP « de convenance personnelle », nous souhaitons poursuivre son analyse dans le cadre de l'étude spécifique des limites d'âge à la maternité en AMP et du traitement de l'infertilité liée à l'âge.

Nous mènerons donc une étude sociologique des représentations et des normes sociales et médicales relatives à l'infertilité liée à l'âge en AMP. Ce qui nous intéresse est la dimension du genre et notamment les asymétries de perception et de traitement de l'infertilité des femmes et des hommes de plus de 40 ans. La vision réductrice « naturaliste » concernant principalement les femmes dans le discours social et médical, nous centrerons notre étude sur l'expérience féminine de l'infertilité liée à l'âge pour tenter d'en dégager les spécificités et d'en proposer une approche critique.

Ma thèse repose sur l'hypothèse de départ que le discours « naturaliste » exprime les peurs de la société face aux changements sociaux. Ce discours renvoi à un temps idéalisé des origines où tout était supposément simple et « naturel », mais en réalité, il est en écart très profond avec la pratique de l'AMP contemporaine et les représentations sociales de l'infertilité et de la maternité à plus de 40 ans par AMP. Nous faisons plus précisément l'hypothèse que le discours social et les règles d'accès à l'AMP en France, reposant sur l'opposition entre les deux infertilités, s'appuient sur une vision trop étroite, simplifiée et au fond ininterrogée de l'infertilité elle-même. Comme nous nous efforcerons de le montrer, l'infertilité n'est pas seulement un fait *biologique*, saisi par un diagnostic sur le fonctionnement du corps de tel ou tel individu. C'est aussi intrinsèquement un fait *social et relationnel*.

Ma thèse générale est que l'étude des qualifications et des traitements de l'infertilité liée à l'âge est un révélateur exceptionnel à la fois des fondements, mais aussi des limites et impensés du *modèle normatif de l'AMP française*, de l'opposition qui le caractérise, et du discours social qui l'accompagne.

2. UNE APPROCHE RELATIONNELLE ET TEMPORELLE

Nous conduirons notre étude en mobilisant une approche qualifiée de « relationnelle » et temporelle dans la lignée de travaux déjà existants. L' « approche relationnelle » s'est d'abord développée en anthropologie à partir des travaux de Marcel Mauss (2007 [1925]), puis de Marilyn Strathern (1990).

En développant cette approche, Marilyn Strathern a fortement contribué à l'évolution des études de genre (1990). En étudiant les sociétés mélanésiennes, Strathern développe une conception de la personne et de ses statuts qui ne repose pas sur une vision identitaire, mais sur les relations à autrui. Le genre, considéré jusqu'alors en occident comme un attribut identitaire des personnes, exclusivement binaire, a alors été appréhendé comme une modalité des relations sociales des personnes (Strathern, 1990 ; Alès et Barraud, 2001 ; Théry, 2010 ; Hérault dans Steinberg, 2013). Selon cette approche, « les relations fondent les personnes y compris dans leur matérialité (le corps) et les organes et les substances fondent conjointement les relations car le corps n'est pas seulement ce qui nous identifie, il est aussi ce qui nous relie aux autres. » (Hérault dans Steinberg, 2013 : 176). Il est dès lors envisageable d'appréhender la mobilité et la pluralité des statuts des personnes, fondés par leurs relations multiples. Pour exemple de recherches mobilisant cette approche, nous présentons celles inscrites dans le champ des études de l'AMP, à la suite desquelles nous inscrivons nous-mêmes notre travail.

L'approche qualifiée de « relationnelle » a été développée par Irène Théry pour analyser le genre et la parenté (Théry, 2007, 2010, 2011). Dans la lignée de Mauss et plus largement de l'anthropologie de la parenté, elle appréhende la parenté comme un « système d'attentes relationnelles » : elle repose sur des statuts entièrement relatifs et relationnels, modalisés par les distinctions de genre, d'âge et de génération, elles-mêmes relatives et relationnelles. Les statuts fondés par les relations sont variables d'une société à une autre et d'une époque à une autre car ils sont dépendants des règles, des valeurs, des droits, des devoirs, des interdits, autrement dit, des significations sociales. La parenté, comme toute institution, évolue au cours du temps et est soumise à des métamorphoses (Godelier, 2004). Irène Théry explique alors que le problème est que « chaque grande métamorphose de l'institution passe par une crise

des formes antérieures, inadaptées ou tombées en désuétude, et cette crise réactive la tentation de définir un « vrai parent », un « vrai couple », une « vraie famille », autrement dit la tentation que connaît la société individualiste comme toutes autres, de « naturaliser ses conventions » (Douglas, 1999 : 68). » (Théry, 2011). C'est dans cette sociohistoire dit-elle qu'il faut replacer les débats sur l'AMP afin de comprendre qu'ils s'inscrivent dans une transformation plus globale de la parenté. Elle aborde la question de la levée de l'anonymat du don de gamète en France dans cette perspective et critique l'opposition entre « parent biologique » et « parent social » alors au centre des débats qui nient la dimension pourtant aussi éminemment sociale de la parenté et du corps. Afin d'éclairer la pratique d'engendrement par tiers-donneur en AMP, elle analyse les rôles, actions, statuts de chacun des protagonistes intervenants, dans une approche relationnelle lui permettant de déconstruire l'idée de la procréation comme un acte purement et strictement biologique. Nous avons présenté dans le chapitre précédent son apport sur le sujet par la distinction qu'elle opère entre procréer et engendrer. Ajoutons simplement ici qu'en éclairant les rôles de chacun des protagonistes participant à un « don d'engendrement », Théry développe ainsi plus largement une critique du modèle d'« AMP thérapeutique ». En dévoilant le rôle du donneur d'engendrement, elle met au jour du même coup le modèle « *ni vu ni connu* » et montre en quoi le modèle d'« AMP thérapeutique » n'a rien de tel puisqu'il organise une pseudo procréation charnelle en évacuant dans l'ombre le donneur. Elle montre, par ce cas d'étude, que la formulation du cadre bioéthique ne correspond pas à la réalité de la pratique de l'AMP avec don, puisque l'AMP ne guérit pas la personne infertile mais opère un arrangement social en recourant à une tierce personne fertile. Son étude spécifique du don en AMP dévoile l'existence d'un écart entre le discours du modèle bioéthique et la pratique de l'AMP et lui permet ainsi d'élaborer une critique du modèle d'« AMP thérapeutique ».

Pour notre part, nous nous demanderons si l'on retrouve et si l'on peut développer cette critique dans le cadre de l'AMP intraconjugale, sans recours au don. Irène Théry a en effet développé sa critique à partir des cas où l'AMP ne traite pas l'infertilité (don), pour notre part, nous questionnerons le modèle bioéthique de l'AMP française dans les cas où l'on accepte de « traiter » l'infertilité féminine liée à l'âge.

Dans la lignée des travaux d'Irène Théry, une autre recherche récente nous incite à poursuivre les études en AMP dans une perspective « relationnelle ». Dans sa thèse de doctorat portant sur « les statuts de l'être anténatal », Anne-Sophie Giraud aborde également son objet d'étude dans cette approche relationnelle et temporelle, alliée à une perspective analytique maussienne (2015, 2014a, 2014b). Elle observe le fait que les débats relatifs au statut de l'« être anténatal », « centrés sur l'opposition chose/personne et biologique/social » mettent toujours de côté la question de la temporalité (Giraud, 2015 : 81). Elle explique que « cette dimension est pourtant centrale, si ce n'est fondamentale dans un processus où l'être anténatal passe de « rien » à « tout », de la non-vie à une vie autonome, à la fois biologiquement et socialement » (*Ibid.*). En mobilisant l'« approche relationnelle maussienne » développée par Théry et à partir de deux terrains d'enquête différents que sont l'AMP et la mort périnatale, elle montre que l'« être anténatal » possède différents statuts successifs qui ne sont pas seulement liés à ses caractéristiques internes, mais aussi à ses significations sociales et à la façon dont il se trouve placé ou non dans un processus d'engendrement.

Un des apports de l'approche relationnelle est de prendre également en compte la temporalité. Cette dimension est nécessaire afin d'éviter « de figer la vie sociale dans une sorte d'atemporalité abstraite, mais aussi d'organiser ses représentations à partir d'un individu abstrait et figé dans le temps. » (Théry, 2007 ; Giraud, 2015 : 86). Les statuts fondés par les relations évoluent au cours du temps à l'échelle des sociétés mais aussi à l'échelle des individus. Théry rappelle que « la parenté est par définition un système de *transmission* de statuts, au sein duquel l'individu va circuler de sa naissance à sa mort » (Théry, 2011 : 167). Cette prise en compte conjointe des relations et de la temporalité a permis à Anne-Sophie Giraud de montrer comment l'« être anténatal » peut avoir des statuts variables entre personnes mais également pour une même personne au fil du temps, en fonction de ses projets mais aussi de ses expériences précédentes. Par exemple dans le cadre de l'AMP, un embryon pourra successivement être considéré comme un « bébé potentiel » ou un « amas de cellule » au fil des expériences d'échec lors du parcours médical. Elle montre l'existence d'une « palette morale des attitudes » de la part des « engendresseurs » (2015). Son travail dévoile ainsi l'importance du sens donné à la relation et de la prise en compte de la temporalité pour mettre au jour les qualifications multiples de l'« être anténatal ».

Mobiliser nous-mêmes l'approche relationnelle nous permettra ainsi d'appréhender l'infertilité féminine liée à l'âge non comme un élément isolé de son contexte, mais comme un élément inscrit dans un tissu relationnel complexe prenant place dans une société dotée de significations sociales, soit des normes, des valeurs, des droits, des devoirs, des interdits. Nous aspirons ainsi à pouvoir appréhender l'infertilité non seulement comme celle d'un corps, au sens de biologique, mais aussi et surtout comme celle d'une personne, inscrite dans un réseau relationnel. Dans cette voie, nous souhaitons mener une critique du modèle bioéthique qui oppose d'une part l'infertilité « pathologique-biologique-légitime », à l'infertilité « normale-sociale-illégitime » d'autre part. Il s'agit d'un des apports essentiels de cette approche qui permet de sortir des alternatives entre nature et culture ou biologique et social, correspondant à une vision occidentale du corps et de la personne. Un autre intérêt majeur de cette approche est la prise en compte de la temporalité. Nous appréhenderons le passage de la fertilité à l'infertilité en prenant en compte la dimension temporelle de ce processus. L'infertilité liée à l'âge est déjà présentée par les médecins comme un phénomène graduel. Toutefois, ce n'est pas pour autant que la temporalité du processus d'infertilité se trouve questionnée dans les discours sociaux et dans le modèle bioéthique de l'AMP. C'est l'objectif que nous nous fixons. Prendre en compte la façon dont l'infertilité est appréhendée, traitée, vécue, et les représentations qui l'entourent, provenant des différentes personnes gravitant autour de cet évènement, nous permettra de déconstruire l'alternative entre infertilité « normale » et « pathologique ». Nous remettons effectivement en cause le fait que l'infertilité soit appréhendée comme étant toujours soit purement « biologique et pathologique », soit purement « sociale et normale ». Le processus lent du déclin progressif de la fertilité féminine oblige à prendre en compte la temporalité de l'infertilité et permet de questionner de manière particulière et importante l'opposition du modèle normatif de l'AMP.

3. UNE SOCIOLOGIE DES PARCOURS DE VIE

La prise en compte de la temporalité appliquée à l'étude des maternités à plus de 40 ans a déjà fait l'objet de travaux en sciences humaines et sociales, comme rapporté dans le chapitre 2 (notamment les travaux de Bessin et Levilain). Plus largement, des recherches ont montré « à quel point la codification des temporalités (calendriers comme biographies) et des corporités (les discours tenus sur les corps, leurs désirs, leurs potentialités) semblent désormais constituer deux leviers essentiels de définition et de normalisation des rapports d'âge, de génération et de genre. » (Legrand et Voléry, 2013 : 9). La sociologie des parcours de vie, en particulier l'étude des parentalités dites « tardives », met au jour la « transformation du parcours des âges et des discours autour des normes d'âge. » (Levilain, 2013 : 42). Elle montre ainsi l'évolution et la transformation des normes d'âge et questionne le corps « non seulement comme un substrat biologique sur lequel s'écrit le social, mais aussi comme un donné, socialement (in)formé, à travers lesquels se jouent et se nouent la symbolique sociale des âges et leur passage. Cette intrication du corps – dans ce qu'il a de plus de matériel – et de l'expérience biographique est particulièrement bien visible dans les moments bifurcatifs. » (Legrand et Voléry, 2013 : 10). Les études sociologiques des parcours de vie et des temporalités biographiques ont ainsi permis de se distancier de l'idée que les parcours des parents dits « tardifs » transgressent les normes d'ordre sociale, symbolique ou biologique (Levilain, 2013). Mais ce n'est pas tout. Un autre apport essentiel de ces études sociologiques est de montrer que « la mesure de l'âge n'est pas univoque : elle se combine très souvent avec la question du genre car l'inégalité des calendriers fait que, en regard de la conception, les femmes sont « vieilles » plus tôt que les hommes. » (Levilain, 2013 : 49). Cette inégalité de calendrier est présentée dans le discours social comme reposant sur des faits uniquement d'ordre biologique en ce qui concerne les femmes, mais aussi sociaux en ce qui concerne les hommes. Nous avons vu que pour eux, « le problème de la tardiveté se définit plus souvent en regard de la possibilité de transmettre et achever l'éducation de ses enfants. » (*Ibid.*). Cette articulation entre inégalités de genre et « naturalisation » de la reproduction pour les femmes, sans équivalent pour les hommes, pour lesquels les limites d'âge pour procréer sont justifiées sur la base d'éléments plus sociaux que « naturels », a déjà pu faire l'objet de critiques de la part

des chercheurs en sciences humaines et sociales comme nous l'avons montré. Mais ces analyses peuvent être approfondies, notamment par l'étude particulière de l'infertilité féminine liée à l'âge en AMP.

Un des apports essentiels de la sociologie des parcours de vie et des temporalités est « de considérer l'ensemble de l'existence sans extraire de l'analyse une catégorie d'âge particulière. Le souci de temporalisation, c'est-à-dire d'inscription d'une situation donnée dans un processus dynamique, avec une histoire passée et des implications futures, est fondamentalement au cœur de cette approche. Et plutôt que d'opérer un classement en comparaison à un groupe de référence, à l'aune de caractéristiques propres à la situation de jeune ou de vieux par exemple, la perspective du processus biographique met plutôt l'accent sur les articulations entre les générations et les dispositifs de mise en ordre des âges. » (Bessin, 2009 : 13).

En mobilisant l'approche relationnelle et temporelle combinée à la sociologie des parcours de vie, l'enjeu de notre recherche sera d'« interroger en situation les opérations de classification et les processus de catégorisation selon l'âge » (Bessin, 2009 : 13) telles que les classifications d'infertilité – normale ou pathologique – en fonction de l'âge des femmes. L'infertilité est effectivement envisagée par le modèle bioéthique comme un phénomène atemporel isolé de toutes relations. Or, nous faisons l'hypothèse qu'en appréhendant l'infertilité féminine liée à l'âge dans le cadre de trajectoires individuelles particulières, elles-mêmes inscrites dans un contexte socio-historique donné, et qu'en prenant en compte le processus dynamique de l'infertilité, nous serons en mesure de questionner les oppositions qui la caractérisent.

4. CANGUILHEM, LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE : DE L'OPPOSITION À LA DISTINCTION

L'opposition entre le normal et le pathologique a fait l'objet d'une étude particulièrement approfondie de la part de George Canguilhem dans le cadre de sa thèse de doctorat en médecine, publiée en 1943. Son travail repose sur une analyse philosophique des concepts de santé et de maladie, de normal et de pathologique, de

norme, de moyenne, d'anomalie et d'anormalité, et de leurs usages en médecine. Son objectif est alors de « critiquer la conception scientifique dominante de la maladie, quantitative et objectiviste, qu'il baptisa le « dogme positiviste », et de défendre la relativité individuelle de la santé, et l'impossibilité consécutive d'une définition objective et absolue du normal. » (Giroux et Lemoine, 2012 : 7). Pour Canguilhem, « la santé d'un être vivant est toujours relative à son milieu, et cette relativité est encore plus grande quand il s'agit d'un être humain qui transforme profondément son milieu par son travail et sa culture. Loin de pouvoir être caractérisée par un ensemble unique et absolu de normes, la santé ainsi comprise se définit par la capacité à instituer plusieurs normes dont on ne saurait fixer *a priori* la valeur vitale. » (*Ibid.* : 24). De cette thèse découle l'idée pour Canguilhem que « du fait de la relativité du normal au milieu dans lequel l'individu se tient et de la nature sociale et culturelle du milieu humain, le problème du pathologique chez l'homme ne saurait se limiter au biologique. » (*Ibid.*). Il développe cette idée par l'introduction et le développement dans sa thèse de médecine présentée en 1943 de la notion de *normativité biologique*, qu'il définit ainsi :

« C'est en référence à la polarité dynamique de la vie qu'on peut qualifier de normaux des types ou des fonctions. S'il existe des normes biologiques c'est parce que la vie, étant non pas seulement soumission au milieu mais institution de son milieu propre, pose par là même des valeurs non seulement dans le milieu mais aussi dans l'organisme même. C'est ce que nous appelons la normativité biologique. » (Canguilhem, 1966 [1943] : 155).

En d'autres termes, Canguilhem appréhende les normes biologiques non pas comme « fonctions d'un organisme envisagé comme mécanisme couplé avec le milieu physique » mais plutôt comme étant « déterminées comme possibilité d'un organisme en situation sociale d'agir » (*Ibid.* : 203). Ce qu'il entend par là c'est que « la forme et les fonctions du corps humain ne sont pas seulement l'expression des conditions faites à la vie par le milieu, mais l'expression des modes de vivre dans le milieu socialement adoptés. » (*Ibid.*). C'est ainsi dit-il que ce qui est considéré comme normal dans une société ne s'explique pas par la fréquence d'un trait humain, mais c'est plutôt parce que ce trait humain est considéré comme normal qu'il se retrouve fréquemment. Les fonctions du corps et ses états, normal ou pathologique, sont dépendants non

seulement du milieu de vie mais plus encore de la façon dont ce milieu est socialement constitué. Il explique qu'il existe une relation organisme-milieu, amenant à ce que ces deux éléments se structurent entre eux. Cela est particulièrement vrai dit-il des milieux de vie et des modes de vie propres à l'homme. Ces derniers sont en effet « caractérisés moins par les activités qui leur sont offertes que par celles qu'ils choisissent. Dans ces conditions, le normal et l'anormal sont moins déterminés par la rencontre de deux séries causales indépendantes, l'organisme et le milieu, que par la quantité d'énergie dont dispose l'agent organique pour délimiter et structurer ce champ d'expériences et d'entreprises qu'on appelle son milieu. » (Canguilhem, 1966 [1943] : 215). S'interrogeant sur ce à quoi correspond cette « quantité d'énergie » des organismes vivants permettant de déterminer le normal et l'anormal, il montre qu'elle est dépendante de l'histoire de chaque personne et dévoile ainsi en quoi les normes corporelles humaines sont fluctuantes et dynamiques :

« Chacun de nous fixe ses normes en choisissant ses modèles d'exercice. La norme du coureur de fond n'est pas celle du sprinter. Chacun de nous change ses normes, en fonction de son âge et de ses normes antérieures. La norme de l'ancien sprinter n'est plus sa norme de champion. Il est normal, c'est-à-dire conforme à la loi biologique du vieillissement, que la réduction progressive des marges de sécurité entraîne l'abaissement des seuils de résistance aux agressions du milieu. Les normes d'un vieillard auraient été tenues pour des déficiences chez le même adulte. » (*Ibid.*)

Canguilhem présente ainsi la « relativité individuelle et chronologique des normes » qui permet de reconnaître l'existence d'une variété des états du corps et des normes humaines entre individus dans une même société ainsi que pour un même individu au cours du temps.

Les philosophes contemporains travaillant sur les sciences médicales estiment que les changements politiques et scientifiques récents ont « bouleversé le rapport à la santé et à la maladie au sein des sociétés occidentales. » (Giroux et Lemoine, 2012 : 10). En particulier dans les États-Providence des pays occidentaux dans lesquels la santé est selon eux devenu un droit, un enjeu de reconnaissance sociale et de prévention, l'analyse des concepts de santé et de maladie, de normal et de pathologique, est devenu encore plus une nécessité. L'enjeu fort est donc d'élaborer

une définition de ces notions « qui permettrait de délimiter le domaine de la médecine, d'arbitrer certaines controverses et d'établir des critères pour distinguer la santé du bonheur, la médecine thérapeutique de la médecine d'amélioration. Il peut aussi tout simplement s'agir d'explicitier et démêler les diverses valeurs et normes qui constituent ces concepts. » (*Ibid.*). De plus, depuis le milieu du XX^{ème} siècle, le développement de la biomédecine a selon eux amené au développement de la critique de « l'idée solidement ancrée dans le monde médical, selon laquelle il y aurait une démarcation *naturelle* entre le normal et le pathologique. » (Giroux, 2010 : 7). De nombreux travaux en sciences humaines et sociales s'intéressant par exemple à la ménopause, à la vieillesse, aux addictions, etc., ont contribué à la critique de cette vision naturaliste et montré « la relativité historique et sociale des jugements présidant à la catégorisation d'un état ou d'un comportement comme normal ou pathologique » dans la lignée des travaux de Canguilhem (*Ibid.*).

C'est également dans cette perspective que les travaux de Canguilhem nous semblent incontournables. Mais comment articuler l'approche relationnelle et temporelle que nous souhaitons mobiliser pour mener notre étude avec les travaux existants sur le normal et le pathologique tel que ceux de Canguilhem ? Ces multiples intérêts théoriques nous semblent en réalité extrêmement conciliables et même complémentaires. En effet, Canguilhem ne prend-t-il pas lui-même en considération les dimensions relationnelle et temporelle dans son analyse du normal et du pathologique ?

Revenant sur son travail de thèse dans un ouvrage intitulé *La connaissance de la vie*, publié en 1952, Canguilhem explique que « ni le vivant, ni le milieu ne peuvent être dits normaux si on les considère séparément, mais seulement dans leur relation. ». Sa thèse et l'introduction de la notion de *normativité biologique* présentent en effet l'idée qu'un état dit normal ou un état dit pathologique ne peuvent être définis comme tel de manière absolue, mais uniquement de manière relative, en fonction du milieu, des relations à autrui et aussi des expériences propres à chaque personne. On ne peut ainsi définir ces états qu'en relation à autrui : « Il faut admettre que l'homme normal ne se sait comme tel que dans un monde où tout le monde ne l'est pas. » (Canguilhem, 1966 [1943] : 216). En outre, Canguilhem prend en compte la dimension de la temporalité à l'échelle sociale, mais aussi individuelle. Ce qui est considéré comme normal ou pathologique à une époque peut ne plus l'être à une autre époque pour un

même milieu – ou dit autrement pour une même société ou culture. Et ce qui était considéré comme normal ou pathologique pour une personne évolue au cours du temps en fonction de son âge et de ses expériences précédentes. Ces états sont donc fluctuants en fonction des milieux, des époques, des individus, ainsi que pour un même individu au fil du temps chronologique.

Les travaux de Canguilhem amènent ainsi à déconstruire l'opposition entre normal et pathologique pour en appréhender plutôt la distinction. L'opposition conduit à des catégorisations figées des états des personnes. Opposer le normal et le pathologique conduit inévitablement à définir ce que doit être un état dit normal ou dit pathologique, et à catégoriser les individus selon leurs caractéristiques qui doivent nécessairement entrer soit dans l'une soit dans l'autre de ces situations. Or, Canguilhem montre qu'un même état peut tantôt être considéré comme normal, tantôt comme pathologique, selon différents contextes. Il montre que s'il existe bien une distinction entre ces notions, elle est relative, car ce qu'elles désignent est fluctuant et changeant. Tout comme il distingue le normal et le pathologique, il distingue aussi l'anomalie, l'anormalité, la moyenne, la normativité, etc. En dépassant l'opposition, il permet de sortir de cette catégorisation binaire et exclusive entre normal et pathologique. Ainsi, en considérant ces notions par-delà leur opposition et en montrant leur relativité, il permet de les appréhender comme des catégories sociales discutables. L'opposition entre le normal et le pathologique apparaît en effet dès lors comme une construction sociale qui ne saurait à ce titre tenir lieu de vérité « naturelle » incontestable en médecine.

Les travaux de Canguilhem nous incitent ainsi à questionner et déconstruire la façon dont l'opposition entre normal et pathologique pour caractériser l'infertilité dans le cadre de l'AMP française est présentée comme étant absolu et intangible car reposant sur des faits « naturels » et « biologiques ». Canguilhem aborde ces notions en relation avec le *milieu* dans lequel elles prennent place. Il nous importera également d'appréhender l'infertilité, en particulier « liée à l'âge », et son traitement en AMP, en relation avec le contexte sociohistorique, les vécus et les représentations des médecins et des femmes qui y sont confrontées.

5. LE CHOIX DE DEUX ENQUÊTES

Nous présenterons de manières détaillées les deux enquêtes de terrain réalisées et leurs méthodologies au sein des chapitres 4 et 8. Dans cette partie, il s'agit d'exposer les objectifs ayant précédé la réalisation de la recherche et le choix des interlocuteurs auprès de qui les enquêtes ont été menées.

Afin d'étudier le traitement de l'infertilité féminine liée à l'âge dans le cadre de l'AMP en France et de questionner l'opposition entre infertilité « pathologique » et infertilité « normale », nous avons choisi d'analyser les représentations et attitudes tant des professionnels de la reproduction que des femmes infertiles en raison de leur âge. Ainsi, nous avons souhaité mener notre recherche, d'une part, auprès des personnes qui « traitent » cette infertilité en AMP, soit les professionnels de la reproduction, et d'autre part, auprès des personnes confrontées à cette infertilité, soit les femmes âgées de plus de 40 ans prises en charge en AMP.

Nous présenterons les deux enquêtes ayant eu lieu auprès de ces deux types d'interlocuteurs au sein de différentes parties de la thèse (Partie 2 : enquête des professionnels / Parties 3 et 4 : enquête auprès des femmes). Cela nous permettra de montrer leurs spécificités, tout en tissant constamment des liens entre elles. Nous exposerons en effet au fil de la thèse les écarts, similitudes, particularités entre les discours sociaux et médicaux présenté dans la partie 1, les discours et attitudes des professionnels de la reproduction présentés dans la partie 2, et ceux des patientes de l'AMP présentés dans les parties 3 et 4.

En commençant par présenter les résultats de l'enquête réalisée auprès des professionnels de la reproduction, nous nous fixons comme objectifs d'étudier leurs discours et leurs pratiques relatifs au traitement de l'infertilité féminine liée à l'âge. S'inscrivent-ils strictement dans le cadre du modèle bioéthique et du discours social sur l'horloge biologique des femmes ? Nous tâcherons d'en dévoiler les écarts ou similitudes. Par ailleurs, nous montrerons les tensions auxquelles ils font face dans le cadre de la prise en charge de l'infertilité féminine liée à l'âge. Pour cela, nous étudierons leurs arguments d'acceptation ou de refus de prise en charge ; les justifications des limites qu'ils imposent ; et la façon dont ils mènent la prise en charge après acceptation. L'étude des discours et pratiques des professionnels de

l'AMP permettra d'explorer comment ces derniers appréhendent l'infertilité et notamment la distinction entre infertilité « normale » et « pathologique ».

L'enquête réalisée auprès des femmes prises en charge en AMP en raison d'une infertilité liée à leur âge permettra d'appréhender les mêmes interrogations depuis un autre point de vue, autrement concerné. En effet, comment elles-mêmes vivent et appréhendent l'infertilité ? Qu'est-ce que leurs discours, leurs décisions et actions révèlent de l'infertilité liée à l'âge et de la dichotomie entre « normal » et « pathologique » ? Comment vivent-elles et appréhendent-elles cette distinction qui semble s'imposer à elles par le cadre légal de l'AMP, via les professionnels de la reproduction ? Que montrent leurs histoires et en quoi apparaissent-elles ou non en écart avec le discours social et celui des professionnels de l'AMP ? Afin de répondre à ces interrogations multiples, nous étudierons au sein de la partie 2, les trajectoires biographiques des femmes concernées et replacerons l'histoire de leur infertilité dans des histoires de vie plus globales, mises en relation avec le contexte sociohistorique dans lequel elles s'inscrivent. Nous explorerons les vécus de cette infertilité et les questions et tensions qu'elle a suscitées. Par la suite, au sein de la partie 3, nous étudierons les parcours d'AMP des femmes interrogées et mettrons en perspective leurs expériences avec le discours social sur « la convenance ». Nous étudierons également comment les femmes vivent la confrontation aux limites de la fertilité et de l'infertilité, comment elles appréhendent le recours aux techniques d'AMP ainsi que les limites de prise en charge qui leur sont imposées.

Nous avons choisi de mener cette enquête uniquement auprès de femmes afin de nous concentrer sur les spécificités de leurs discours et expériences relatifs au vécu de l'infertilité féminine liée à l'âge. Une enquête parallèle auprès d'hommes aurait permis de mettre en perspective leurs discours et expériences avec celles des femmes, et d'explorer davantage les asymétries de genre relatives aux vécus de l'infertilité liée à l'âge et du parcours d'AMP. D'autant plus que la majorité des études sociologiques et anthropologiques portant sur l'AMP se concentre le plus souvent sur l'expérience des femmes alors que le point de vue des hommes gagnerait pourtant à être exploré pour spécifier les difficultés particulières auxquelles ils font face (Courdurières et Herbrand, 2014). Néanmoins, lors de notre enquête, nous avons systématiquement interrogé les femmes rencontrées sur le point de vue et l'expérience de leurs

compagnons afin de prendre en compte la façon dont elles présentent et vivent les éventuelles différences avec eux.

Notre étude a entièrement été réalisée en France afin d'étudier de manière approfondie les spécificités du modèle bioéthique français relatif au traitement de l'infertilité féminine liée à l'âge en AMP. Nous souhaitons en effet proposer un questionnement spécifique du modèle bioéthique français et de la distinction entre infertilité « normale » et infertilité « pathologique » sur laquelle repose le permis et l'interdit en matière d'accès à l'AMP. Nous avons ainsi souhaité privilégier l'approfondissement de notre recherche par la prise en compte des multiples points de vue des différentes personnes concernées, afin d'appréhender notre objet d'étude dans toute sa complexité.

PARTIE 2 – ENQUETE 1 : LES PROFESSIONNELS DE L'AMP FACE A L'INFERTILITE FEMININE LIEE A L'AGE

Cette partie présente les résultats d'une première enquête réalisée auprès d'un ensemble de professionnels de l'AMP. Son objectif est d'étudier, à partir de leurs discours sur leurs pratiques, la façon dont ils appréhendent et traitent l'infertilité, en particulier, liée à l'âge des femmes.

Un premier constat s'impose : la vision « naturaliste » de l'infertilité et de la reproduction au cœur du modèle bioéthique français que nous avons présenté dans la partie précédente est centrale dans les discours des professionnels. Ils expliquent et légitiment les limites d'âge imposées aux hommes et aux femmes de façon asymétrique en mobilisant des référents « biologiques » pour les femmes et « sociaux » pour les hommes. Face aux demandes de prise en charge pour infertilité féminine liée à l'âge, certains se montrent critiques puisqu'elles sortent du strict cadre « thérapeutique » valorisé par le modèle bioéthique de l'AMP. Néanmoins, d'autres, moins critiques, considèrent les raisons sociales de l'infertilité féminine liée à l'âge comme des éléments de compréhension et non de réprobation pour une prise en charge en AMP. Nous observons dès lors une tension exprimée par les professionnels de l'AMP, liée au cadre du modèle « naturaliste » de référence, qui délégitime les demandes de prise en charge liées aux faits de société auxquelles ils doivent pourtant faire face. Mais au-delà de ce premier constat présenté dans le chapitre 5, après avoir explicité la méthodologie d'enquête dans le chapitre 4, nous allons montrer par la suite que cette tension, centrale dans leur pratique, amène à questionner la notion même d'infertilité, ainsi que l'opposition entre infertilité « normale » et infertilité « pathologique » au cœur du modèle bioéthique de l'AMP.

Le chapitre 6 sort de la seule question du traitement de l'infertilité féminine liée à l'âge en AMP pour montrer plus largement comment, malgré la dimension

« naturaliste » du cadre bioéthique, la dimension sociale est *toujours* centrale dans la pratique des médecins. Nous montrerons premièrement cela à travers leurs questionnements du bien-fondé de certaines demandes de prise en charge en AMP, pouvant aboutir à des refus. Nous verrons que les médecins se posent en garant de la « norme procréative », qui définit les conditions de la « bonne » parenté (Bajos et Ferrand, 2006a ; Rozée et La Rochebrochard, 2010). Ils montrent que l'opposition entre infertilité « normale » et « pathologique » énoncée par le cadre bioéthique n'est pas suffisante pour considérer une infertilité comme étant légitime ou non à être prise en charge. Deuxièmement, nous verrons à travers l'importance qu'ils accordent à l'entité *couple* lors des prises en charge, que la « norme procréative » est omniprésente dans leurs pratiques. Le fait de prendre en charge des couples est prescrit par le cadre légal de l'AMP, néanmoins, ils valorisent cette entité même lorsque cela n'a pourtant rien d'évident. Le fait que les techniques d'AMP aient majoritairement lieu sur le corps des femmes engendre une asymétrie inévitable dans l'implication des hommes et femmes au cours du parcours d'AMP. Ils tentent d'atténuer l'asymétrie existante en ne traitant pas des individus mais une entité unique qui est le couple. Nous verrons alors que leur action ne consiste pas seulement à prendre en charge des corps, au sens biologique du terme, sur lesquels intervenir pour soigner une infertilité « pathologique ». Ils agissent sur des corps qu'ils replacent eux-mêmes sans cesse dans des rapports sociaux et relationnels. Nous montrerons alors que la procréation, au sens de biologique, n'est pas le seul enjeu pour eux, ils valorisent aussi sa dimension sociale et relationnelle. Ce chapitre permet ainsi de révéler l'existence d'un écart entre le modèle bioéthique de référence et les pratiques des professionnels. Nous observons une tension entre d'une part, la conception « naturaliste » de l'infertilité du modèle normatif de référence, manifestée par l'opposition entre infertilité « normale » et « pathologique », et d'autre part, la dimension sociale de l'infertilité et de la reproduction qui s'impose tout autant aux professionnels et ce, dans l'ensemble de leurs pratiques.

Après avoir présenté cette tension, le chapitre 7 montre comment les professionnels agissent dans certains cas par-delà la stricte opposition entre « normal » et « pathologique ». En effet, les éléments précédents permettent de montrer comment la présence des deux référents s'imposant avec force aux médecins (la norme bioéthique et la norme procréative) influence de manière complexe leurs

pratiques. Au sein de ce chapitre, à travers l'étude de trois situations : la prise en charge des infertilités inexplicables, les constats de grossesses spontanées, les prises en charge des infertilités liées à l'âge ; nous verrons que distinguer ce qui relève d'une infertilité « normale » ou « pathologique » n'est pas toujours réalisable. De ce fait, les actions des professionnels ne peuvent s'inscrire toujours strictement dans le cadre du modèle normatif de référence, qui s'avère inopérant en pratique. Par la suite, en nous intéressant plus spécifiquement au traitement de l'infertilité féminine liée à l'âge, nous verrons que non seulement les médecins agissent aux frontières du cadre légal, mais plus encore, ils interviennent sur ces frontières en tentant de repousser les limites de la fertilité « naturelle » des femmes. La question de la temporalité apparaît alors comme essentielle. Les médecins luttent contre le temps dans une *zone grise* entre fertilité et infertilité. Ils montrent que l'infertilité physiologique n'est pas une donnée figée, mais un enjeu d'actions. Alors que l'opposition entre infertilité « normale » et « pathologique » au cœur du modèle bioéthique ne prend pas en compte la question de la temporalité, l'enquête montre pourtant qu'elle est essentielle à l'action des professionnels de l'AMP.

Au fil de ces chapitres, nous serons amenés à questionner progressivement la cohérence du modèle bioéthique français et l'opposition entre infertilité « normale » et « pathologique » sur laquelle il repose. Nous révélerons une vision plus complexe de l'infertilité, non réductible à cette opposition et à la vision strictement biologique et « naturaliste » de la reproduction.

Chapitre 4 : Présentation de l'enquête « Professionnels »

1. CONTEXTE DE L'ENQUETE ET HYPOTHESES

Les résultats que nous allons présenter au sein de cette partie sont issus d'une grande enquête collective portant sur *les asymétries masculins/féminins et la question de la temporalité en AMP*. Le projet initial de l'enquête est parti du constat suivant :

Les recherches en sciences sociales consacrées à l'assistance médicale à la procréation se sont centrées au départ assez strictement sur la description et l'analyse des situations et des problèmes très spécifiques, issus des processus nouveaux de reproduction (don de sperme, diagnostic préimplantatoire, ICSI, don d'ovocyte, don d'embryon, etc.), avant de s'ouvrir à une réflexion plus large. Désormais, à la frontière des nouvelles technologies de la reproduction et de la bioéthique, se déploie un nouveau champ de recherche sociologique sur l'AMP : celui des nouveaux défis de la parenté.

Les spécialistes des « nouveaux défis de la parenté » s'accordent à considérer que l'AMP en général (et l'AMP avec dons en particulier) est un révélateur exceptionnel de l'évolution contemporaine des représentations et des normes sociales de la famille (Courduriès, 2016, 2014 ; Courduriès et Fine, 2014 ; Courduriès et Herbrand, 2014 ; Porqueres i Gené, 2009 ; Théry, 2011, 2016 ; Théry et Leroyer, 2014 ; Gross, 2015, 2012 ; Hérault, 2015, 2014). Les diverses situations d'AMP sont un indice tangible d'évolutions sociales très importantes. Elles sont aussi un lieu où ces évolutions souvent silencieuses et difficiles à appréhender sont explicitées, discutées au plan psychologique, social, éthique et juridique, autrement dit, mises en forme socialement. De plus, la diversité des situations d'AMP témoignent non seulement des évolutions de la famille contemporaine, mais elles y contribuent aussi directement et activement en modifiant concrètement les conditions dans lesquelles peut être envisagé un engendrement aujourd'hui.

Des questions telles que : Qu'est-ce qu'une mère ? Qu'est-ce qu'un père ? Qu'est-ce qu'être fils ou fille de quelqu'un ? Qu'est-ce qu'un couple ? Qu'est-ce que la filiation ? Qu'est-ce qu'une famille ? Qu'est-ce qu'une génération ? Qu'est-ce qu'engendrer ? Qu'est-ce que faire un don pour que d'autres engendrent ? Qu'est-ce qu'une lignée ? Qu'est-ce que l'accès aux origines ? Autant de questions qui sont désormais posées avec acuité (et parfois inquiétude) tant les repères qui paraissaient les plus immuables paraissent vaciller.

Nombre de ces questions auraient pu surgir indépendamment du développement des nouvelles technologies de la reproduction, comme le montre le cas aujourd'hui bien documenté des questions soulevées par les recompositions familiales après divorce, ou celui de l'évolution des pratiques d'adoption en Europe et en Amérique du Nord (Martial, 2003, 2016 ; Martial et Segalen, 2013 ; Cadoret, 2012). Cependant, il semble avéré que la rencontre entre d'une part, un contexte d'évolution rapide et profonde des mœurs en matière de parenté, et d'autre part, la découverte puis l'usage généralisé d'un certain nombre de techniques nouvelles d'AMP, démultiplie les possibilités et donc accroît cette interrogation sur les repères, les références et les valeurs communes. Le grand débat bioéthique lancé en France en 2008 dans la perspective de la rénovation de la loi en 2011 en a témoigné clairement.

En outre, nombre de questions sont désormais indissociables du contexte international : la France a de nombreux échanges avec des pays proches où la pratique de l'AMP est plus libérale et /ou moins encadrée juridiquement, et il ne semble pas que la dénonciation de ce que certains nomment péjorativement le « tourisme procréatif » soit à la hauteur des enjeux sociaux et juridiques que suscite la transformation des pratiques familiales liées à la mondialisation.

C'est dans ce contexte, en 2010, que ce projet de recherche a pris place, avec pour originalité alors de croiser deux grands domaines des sciences sociales qui ne se rencontraient guère : les études de parenté et les études de genre. Son ambition était ainsi de contribuer à la compréhension des représentations contemporaines de la parenté à partir de la façon dont les asymétries masculin/féminin sont vécues et dans certains cas instituées juridiquement dans le cadre de l'AMP.

On sait en effet que les systèmes de parenté étudiés par les anthropologues sont très divers, mais reposent cependant universellement sur trois grandes relations instituées : l'alliance, la filiation et la germanité. Ces relations sont elles-mêmes

modalisées par trois sortes de distinctions qui ne sont pas seulement « biologiques » mais bien « sociales » (en ce sens qu'elles reposent sur des critères normatifs qui varient d'une société à l'autre) : les distinctions de genre, d'âge et de génération. Les études ont permis de comprendre comment la société française, désormais fondée sur la valeur cardinale d'égalité de sexe, n'efface pas ces distinctions mais les recompose.

L'hypothèse que cette enquête a proposé de tester est que sont aujourd'hui à l'œuvre deux mouvements apparemment contradictoires :

- un mouvement de rapprochement, de plus grande similitude, voire même d'indifférenciation entre certains aspects de la paternité et de la maternité,
- un mouvement inverse de différenciation nouvelle entre d'autres aspects de la maternité et de la paternité, en particulier du fait que les techniques médicales de procréation potentialisent la différence entre la femelle humaine comme l'être qui « engendre en soi » et le mâle humain comme l'être qui « engendre hors de soi » (Théry, 2011 ; Théry et Leroyer, 2014).

La différence mâle/femelle n'a jamais suffi à créer, dans notre espèce, les conditions d'une socialité globale. Tout à l'inverse, la différence sexuelle peut aisément devenir un facteur de pouvoir, voire de violence. Toujours et partout, elle doit être elle-même pensée, instituée, c'est-à-dire rapportée à des normes, des représentations et des valeurs pour contribuer à la perpétuation d'une socialité de type humain, médiée par des symboles et des règles, référée à des valeurs communes. Tel est, en particulier, le rôle des systèmes de parenté.

L'hypothèse réalisée aux prémices de cette enquête a donc été que les situations d'AMP sont un laboratoire qui permet de mieux comprendre comment se « recompose » aujourd'hui la distinction entre maternité et paternité, à la confluence entre une logique de rapprochement des statuts et des vécus masculins et féminins, et une logique inverse d'émergence de nouvelles formes de différenciation/relation entre eux.

La problématique et les hypothèses de cette recherche ont été définis de façon volontairement très large : cela paraissait indispensable pour ne pas isoler

arbitrairement cette enquête sur l'AMP d'une enquête plus générale sur les transformations contemporaines des statuts sexués et des liens de parenté. Cependant, les objectifs empiriques de l'enquête sur l'AMP ont été, pour leur part, très précis dans le but de construire une information fiable et utile.

2. OBJECTIFS

Au plan de la connaissance, cette enquête s'est donc fixée comme objectifs :

- D'une part, de contribuer à une meilleure connaissance des asymétries entre paternité et maternité dans le processus de l'AMP.
- D'autre part, de centrer l'analyse sur la dimension du *temps* dans les asymétries masculin/féminin.

La démarche conduisant à ces objectifs repose sur un recensement systématique des différences entre le vécu de l'homme et le vécu de la femme, appréhendées selon le point de vue des professionnels de l'AMP (médecins, sages-femmes, biologistes, infirmier(e)s, psychologues, etc.).

Parmi toutes les modalités que peuvent prendre les asymétries masculin/féminin, celles qui sont liées au temps ont souvent été remarquées comme particulièrement importantes. Nous les désignons sous trois grandes formes :

- la *temporalité biographique*, à travers la question de l'âge à la procréation pour les hommes et les femmes, des conditions d'âge fixés par la loi pour l'accès à l'AMP pour les hommes et les femmes, et des conditions concrètes de procréation pour les hommes et les femmes,
- la *temporalité procréative*, à travers le vécu de l'infertilité pour les hommes et les femmes, celui de la conception, de la gestation, puis de la naissance de l'enfant,
- la *temporalité filiative*, à travers les conditions d'institution du lien de parenté (situations différentes des deux sexes par rapport aux reconnaissances anténatales, postnatales, etc.),

Sans oublier d'inclure les donneurs (de sperme, d'ovocyte, d'embryon) parmi les patients soumis à une cette triple temporalité, biographique, procréative, filiative.

3. METHODOLOGIE

Il s'agit d'une enquête collective, ayant eu lieu sur deux années, au sein de deux centres d'AMP, l'un public, l'autre semi-privé, situés à Marseille. Elle a été réalisée par des étudiants encadrés par une équipe de chercheurs sous la direction scientifique d'Irène Théry. Cette enquête avait donc une dimension à la fois scientifique et pédagogique, elle a mobilisé les étudiants de master de l'EHESS de deux promotions différentes, sur deux années consécutives, 2010 et 2011, ainsi que quelques doctorants dont moi-même lors de la deuxième année. L'enquête avait pour objectif de former les étudiants aux méthodes d'enquêtes sociologique et ethnographique (enquêtes qualitative et quantitative).

La méthodologie de l'enquête a associé deux grandes méthodes empiriques classiques de l'enquête sociologique et ethnographique : entretiens semi-directifs et questionnaires. Ces méthodes d'enquête ont été mises en place au sein de deux centres d'AMP. La première année, l'enquête a eu lieu exclusivement au sein du centre public (centre A) et l'année suivante exclusivement au sein du centre semi-privé (centre B). Le fait d'enquêter auprès de ces deux centres aux statuts différents a permis d'avoir une vision plus globale et générale des pratiques des centres d'AMP et des publics les fréquentant. En effet, l'un des centres pratique des frais d'honoraire tandis que l'autre non, de ce fait la population de patients varie d'un centre à un autre. De plus, nous y reviendrons plus tard, l'organisation des services comporte des spécificités dans chacun des deux centres, en raison de contraintes propres à l'architecture des bâtiments qui diffère entre les deux lieux.

En raison de la dimension pédagogique de l'enquête, l'exploitation des données n'a été que partielle dans un premier temps. Les étudiants n'ont pu retranscrire et analyser la totalité des entretiens et il n'y a pas eu d'analyse globale des données

récoltées sur les deux années. Néanmoins, les premiers résultats récoltés par les étudiants, bien que lacunaires, se sont montrés extrêmement intéressants et ont témoigné d'une forte participation des personnes interrogés et d'un fort intérêt de leurs points de vue.

Il nous a alors été proposé à Anne-Sophie Giraud, alors collègue doctorante sous la direction d'Irène Théry, ainsi qu'à moi-même, de terminer l'exploitation de cette enquête qui portait à la fois sur nos deux sujets de thèse. Les données de l'enquête quantitative ayant malencontreusement été perdue par l'intervenant en charge d'enseigner les méthodes d'enquête par questionnaire, nous nous sommes concentrées sur l'enquête qualitative. Nous avons donc retranscrit les entretiens qui ne l'avaient pas été, repris ceux qui l'avaient été, et analysé la totalité d'entre eux, soit 61 entretiens auprès de différents professionnels de l'AMP. En petite équipe sous la direction d'Irène Théry, nous avons alors fait une analyse d'ensemble de l'enquête. Puis, nous avons chacune réalisé par la suite une nouvelle analyse des données de l'enquête, plus spécifique à nos problématiques respectives.

a. Une enquête collective par entretiens semi-directifs

Au total, 61 entretiens semi-directifs auprès des professionnels ont été réalisés dans les deux centres : 34 au sein du centre public et 27 au sein du centre semi-privé.

Dans le centre A, ont été interrogés :

- 9 gynécologues dont 3 internes,
- 7 biologistes dont 1 interne et 2 chefs de service,
- 10 techniciens de laboratoire (comprenant le laboratoire FIV, de spermiologie et celui du CECOS³⁸),
- 2 secrétaires,
- 3 psychologues,
- 3 sages-femmes,

³⁸ CECOS : Centre d'Étude et de Conservation des Œufs et du Sperme humains

Parmi ces 34 professionnels interrogés, 30 sont des femmes et 4 sont des hommes (dont les 2 chefs de service).

Dans le centre B, ont été interrogés :

- 8 gynécologues dont 1 chef de service,
- 3 biologistes dont 1 chef de service,
- 3 techniciens de laboratoire,
- 5 secrétaires,
- 1 psychologue,
- 2 sages-femmes,
- 1 pédiatre,
- 1 cadre supérieur (responsable de l'organisation des services),
- 1 généticien,
- 1 urologue,
- 1 endocrinologue,

Parmi ces 27 professionnels interrogés, 19 sont des femmes et 8 sont des hommes (dont les 2 chefs de services interrogés).

Les questions qui ont été posées à ces professionnels dans le cadre des entretiens portaient sur les thématiques suivantes :

- *Le profil de l'interviewé* : quel statut professionnel, quel rôle dans le service, quelles techniques utilise-t-il, quel rôle auprès des patients, auprès de quels patients exactement et à quel moment de leur parcours les rencontre-t-il ?
- *Les patients rencontrés* : quels profils, que disent-ils de leur situation, comment sont-ils arrivés au centre, qui ont-ils éventuellement consulté avant, quelles connaissances ont-ils de l'AMP lorsqu'ils arrivent ?

- *Le déroulé du parcours* : Quels examens et actes médicaux, dans quel ordre ? Quelle durée ? Quels pourcentages de réussite/échec ? Quels rôles du « staff » ? Quelles sont les étapes cruciales ?
- *Les vécus du parcours par les patients* (différence homme/femme ?) : Quelles réactions à l'annonce d'infertilité, quels vécus des techniques médicales, quel vécu du temps, de l'attente, de la réussite ou de l'échec ? Quelles conséquences du parcours pour le couple ?

Au final, les 61 entretiens réalisés et retranscrits ont représenté pas moins de 1600 pages de discours à analyser.

b. Exploitation secondaire des entretiens : l'infertilité féminine liée à l'âge

Parmi les objectifs initiaux de l'enquête portant sur les asymétries masculin/féminin en AMP en prenant en compte la dimension du temps, je me suis intéressée en particulier à l'analyse des données permettant d'approfondir l'étude de la *temporalité biographique* au croisement de la *temporalité procréative*, à travers la question des limites d'âge à la parenté et du traitement et vécu de l'infertilité liée à l'âge. En effet, l'analyse des données a révélé un fort intérêt à mener une étude spécifique sur ce sujet, en particulier sur l'infertilité féminine liée à l'âge. Les professionnels interrogés abordaient systématiquement ce sujet dans les entretiens et formulaient plusieurs questions récurrentes qui ont particulièrement attirées mon attention.

De manière générale, ils constatent dans leur pratique une augmentation de demandes de prise en charge provenant de couples infertiles en raison de l'âge de la femme. Face à cette situation, ils s'interrogent sur le bien-fondé d'accepter de traiter ces demandes. Elles leur apparaissent d'emblée comme étant à la limite du cadre légal spécifiant leur champ d'action : les femmes concernées sont souvent en âge d'être acceptée (moins de 43 ans), néanmoins leur infertilité n'est pas liée à une pathologie.

Elle relève de la physiologie, soit d'un fonctionnement « normal » du corps lié au processus du vieillissement. Cette tension dans l'élaboration de leur prise de décision a fortement suscité mon intérêt. De plus, les justifications qu'ils formulent pour expliquer les limites d'âge posées aux femmes et aux hommes pour accéder à l'AMP ont dévoilé de forte asymétrie dans la façon d'appréhender l'infertilité féminine et masculine. Ces situations mettent en question la *temporalité biographique*, à travers l'âge auquel les femmes et hommes tentent d'avoir un enfant au cours de leur histoire biographique, à travers les conditions concrètes qu'ils ont à disposition pour pouvoir mener à bien cet objectif en fonction d'un certain nombre de limites sociales, biologiques, techniques. Cette temporalité apparaît au croisement d'une autre, la *temporalité procréative*, qui désigne le temps consacré à la concrétisation du projet d'enfant, à travers la procréation, la gestation, la naissance et parfois, le vécu d'une infertilité et d'un parcours d'AMP. Ces deux temporalités s'entrecroisent, en particulier dans la situation étudiée. En effet, en présentant les limites du cadre légal de l'AMP dans le premier chapitre, nous avons vu que la fin de la prise en charge de l'infertilité féminine repose sur l'âge des femmes. L'âge affecte tout à la fois les deux temporalités : de cet indicateur dépend le début et la fin de la *temporalité procréative* et ainsi, sa place et durée dans la *temporalité biographique*. La façon dont l'âge détermine ces temporalités, la façon dont les professionnels l'appréhendent, notamment pour définir l'infertilité et les limites d'accès à l'AMP, m'a conduit à placer cet indicateur au centre de l'analyse, en articulation avec l'étude du genre. En effet, l'enquête a dévoilé de profondes asymétries entre femmes et hommes dans le vécu de ces temporalités. J'ai donc décidé d'approfondir l'analyse du traitement de l'infertilité liée à l'âge dans le cadre de l'AMP, en me concentrant en particulier sur l'infertilité *féminine* qui pose des questions spécifiques aux professionnels rencontrés. J'ai alors étudié de manière détaillée les discours des professionnels relatifs aux limites d'âge en AMP et à l'infertilité liée à l'âge : comment est-ce qu'ils en parlent ? Quels référents mobilisent-ils pour appuyer leurs propos ? Quelles représentations de l'infertilité liée à l'âge ? Quels discours sur les patient.e.s concerné.e.s ? Quelles pratiques face à cette infertilité ?

Les discours des professionnels interrogées sur le sujet étudié se sont avérés extrêmement homogènes, par-delà les différences de spécialité, d'âge, de genre, ou de

centre d'AMP. Tous, malgré leurs profils hétéroclites, formulaient des propos similaires, rendant l'analyse univoque. De ce fait, et afin de garantir l'anonymat des professionnels interrogés, nous avons considéré qu'il n'était pas problématique de ne pas spécifier dans la présentation des résultats qui suivent, le centre d'affiliation, le genre et l'âge des enquêtés à l'origine des propos mobilisés. Nous avons néanmoins tenu compte de ces informations lors de l'étude des entretiens. Seule la spécialité médicale sera précisée dans la présentation des résultats ci-après, afin que le lecteur puisse comprendre les spécificités du discours en rapport avec le type de pratique médicale exécutée. Lorsqu'il est nécessaire ponctuellement d'explicitier des spécificités dans leurs propos liées à des différences entre les deux centres, alors nous le ferons.

c. Une enquête complémentaire : retour sur le terrain

En plus de l'analyse approfondie des données issues de l'enquête collective de 2010 et 2011, j'ai sollicité à nouveau à mon tour, quelques années plus tard, plusieurs des professionnels des deux centres enquêtés, sur la question spécifique du traitement en AMP de l'infertilité féminine liée à l'âge.

En 2014, j'ai en effet souhaité réaliser une seconde enquête³⁹ sur l'infertilité féminine liée à l'âge, auprès des femmes concernées prises en charge au sein des deux centres d'AMP où a eu lieu l'enquête collective, afin de mettre en perspective les discours des professionnels interrogés avec ceux des patientes. J'ai alors rencontré les différents chefs de service avec qui j'ai négocié l'accès au terrain : la restitution des résultats de l'enquête collective n'avait pu avoir lieu et sa réalisation a été la condition pour démarrer la nouvelle enquête. Dans chacun des deux centres, j'ai donc présenté devant l'ensemble des professionnels les résultats de mon analyse spécifique sur l'infertilité féminine liée à l'âge en AMP à partir des données de l'enquête collective. Cela a été l'occasion opportune de discuter des résultats avec les professionnels concernés, de saisir leurs réactions et d'approfondir certaines questions. De plus, j'ai

³⁹ L'enquête auprès des patientes sera présentée au début de la troisième partie de la thèse qui est consacrée à l'analyse des résultats de cette enquête spécifique.

pu réaliser quelques entretiens complémentaires auprès d'eux, sur le sujet spécifique du traitement de l'infertilité féminine liée à l'âge, afin de vérifier et questionner les résultats obtenus par l'enquête collective.

J'ai donc réalisé trois entretiens au sein du centre A auprès de deux médecins gynécologues, dont la nouvelle responsable du service gynécologie, et un médecin biologiste, qui ne faisaient pas partie de l'équipe lors de l'enquête collective. Au sein du centre B, j'ai interrogé un médecin biologiste et un médecin en charge du suivi des enfants, tous deux ayant déjà participé à l'enquête collective, ainsi qu'un médecin gynécologue nouvellement responsable du service gynécologie non présent lors de l'enquête précédente.

Les discours recueillis étaient relativement semblables à ceux de l'enquête initiale, toutefois j'ai pu approfondir certaines questions qui n'avaient pu l'être dans le cadre de l'enquête collective qui ne portait pas spécifiquement sur l'infertilité féminine liée à l'âge. J'intègre donc à cette partie les entretiens avec les médecins de la deuxième enquête, tout en spécifiant qu'il s'agit de ceux recueillis en 2014 (la mention « Enquête 2014 » figurera à la fin des extraits d'entretiens concernés).

Quelques différences sont tout de même apparues entre les résultats des deux enquêtes. En effet, entre la date de l'enquête collective et celle de ma seconde enquête, des changements ont eu lieu en France. Les lois de bioéthique encadrant l'AMP ont été révisées. Peu de modifications ont été promulguées si ce n'est l'autorisation de la technique de vitrification ovocytaire qui permet la préservation de la fertilité féminine. Elle a été autorisée sous deux conditions : soit dans le cadre d'une pathologie stricte, soit en contrepartie d'un don d'ovocytes. Bien qu'elle ne soit pas permise pour pallier l'infertilité féminine liée à l'âge, son autorisation a ouvert le débat sur un accès plus large de cette technique à l'ensemble des femmes, hors raison médicale et contrepartie d'un don. Ce débat, toujours en cours, et divisant les médecins de la reproduction, a permis de mettre la lumière sur le problème de l'infertilité féminine liée à l'âge dans la société et de sensibiliser nombre de personnes à la détresse des femmes concernées. Nous pensons que cela a participé à un changement progressif d'état d'esprit et à une plus grande acceptation des maternités à plus de 40 ans par AMP. En effet les médecins rencontrés lors de la deuxième enquête se sont avérés plus compréhensifs face aux demandes de prise en charge pour infertilité féminine liée à l'âge.

Chapitre 5 : Le discours des professionnels : une quasi-reprise du modèle bioéthique français

Le modèle bioéthique qui définit le permis et l'interdit en matière d'accès à l'AMP et régleme les pratiques des professionnels repose sur une vision « naturaliste » de la reproduction. Seuls sont acceptés les couples hétérosexuels en âge de procréer et dont la dimension « pathologique » de l'infertilité a été médicalement diagnostiquée. Cette vision « naturaliste » repose sur la distinction entre infertilité « normale » et infertilité « pathologique », marquant la frontière entre prise en charge illégitime et légitime en AMP. À l'intérieur du modèle « naturel » de reproduction les infertilités sont considérées comme « pathologiques » et peuvent faire l'objet d'une prise en charge. À l'extérieur de ce cadre, les infertilités sont considérées comme « normales » et donc exclues d'une prise en charge. C'est notamment le cas des demandes de prise en charge provenant de femmes seules, en couple homosexuel, ou encore, âgées.

Les professionnels qui agissent à l'intérieur de ce cadre normatif, font référence dans leurs discours à cette vision « naturaliste ». En étudiant plus particulièrement dans une première partie la façon dont ils présentent les limites d'âge qu'ils posent aux hommes et aux femmes pour les prendre en charge en AMP, nous observerons la prégnance de ce modèle normatif dans leurs discours. Conformément au modèle bioéthique et au discours socio-médical sur la limite temporelle de la reproduction féminine, les médecins de la reproduction justifient de manière asymétrique les limites d'âge posées aux femmes et aux hommes. La dimension « naturaliste » de l'infertilité n'affecte pas à titre égal l'accès des femmes et des hommes à l'AMP, puisque seule la limite d'âge posée aux femmes est justifiée en référence à leur physiologie.

En conséquence, nous verrons dans une deuxième partie que les professionnels formulent un discours critique à l'encontre des femmes considérées comme

« âgées »⁴⁰, discours sans équivalent pour les hommes. Lorsqu'ils décrivent les profils de ces femmes, ils rendent compte de l'aspect social de leur infertilité qu'ils présentent comme une conséquence de leurs parcours de vie. Cette explication sociale de l'infertilité des femmes justifie un discours critique et moralisateur à leur égard, en référence au cadre légal qui ne légitime que les prises en charge des infertilités « pathologiques ». Dans le même temps, nous verrons que certains professionnels se montrent à l'inverse compréhensifs à l'égard des femmes « âgées », pour cette même raison que leurs parcours biographiques menant à l'infertilité sont liés aux évolutions de la société.

Bien que le discours des professionnels soit en adéquation avec le cadre bioéthique « naturaliste », ces derniers se questionnent parfois face aux demandes de prise en charge qu'ils savent liées à des faits de société et qui se situent à la frontière du cadre légal. Ils font ainsi face à une tension, entre volonté de se conformer au modèle normatif de référence et tout à la fois, répondre aux demandes liées aux faits de société. Ainsi tiraillés, leur discours apparaît parfois comme ambigu, entre critique forte et compréhension des demandes de prise en charge émanant des femmes quadragénaires.

1. LE MODELE « NATURALISTE » DE L'INFERTILITE AU CŒUR DU DISCOURS DES PROFESSIONNELS

Les médecins de la reproduction interviennent dans le cadre du modèle bioéthique présenté au sein de la partie précédente : ils doivent prendre en charge des infertilités « pathologiques » selon un modèle « naturel » de conception. En ce qui concerne les limites d'âge, nous avons vu que la loi stipule que les personnes souhaitant recourir à l'AMP doivent être « en âge de procréer » sans toutefois préciser quel est cet âge. Ainsi, les professionnels doivent répondre eux-mêmes à la question : quelle est la limite de l'âge à la procréation pour les femmes et pour les hommes ?

⁴⁰ Conformément au discours médical sur l'horloge biologique présenté dans la partie précédente, les femmes sont considérées comme « âgées » (dans le sens de trop âgées) en AMP dès lors que leur réserve ovarienne s'altère fortement, c'est-à-dire à partir de 37-38 ans.

De manière unanime, tous les professionnels interrogés se réfèrent à un même critère :

Par contre la sécurité sociale va rembourser les tentatives de PMA jusqu'au 43ème anniversaire de madame, donc du coup, on se fie à ça : c'est-à-dire qu'on va prendre en charge des couples, hors exceptions particulières, jusqu'au 43ème anniversaire de madame. (Biologiste)

L'assurance maladie prenant en charge les parcours d'AMP des couples jusqu'au 43ème anniversaire des femmes, c'est à cette limite que se réfèrent généralement les professionnels. Toutefois, cette limite n'interdit pas d'aller au-delà, sans remboursement. Nulle part n'est indiqué un couperet absolu pour les femmes. Autour de cette référence repère de 43 ans, il existe donc de nombreuses situations :

Donc la limite de 43 ans fixée par la loi, je pense qu'il ne faut pas revenir dessus. Sauf ponctuellement si on voit qu'une patiente a une très bonne réserve ovarienne, après 43 ans on peut tout à fait lui proposer une fécondation in vitro, ce sera à sa charge mais on peut tout à fait lui proposer. (Gynécologue)

C'est plutôt une injustice on va dire naturelle, et qu'il faut faire avec. Peut-être qu'il y a des femmes pour qui ce sera à 31 ans que leur réserve ovarienne va s'altérer et d'autres pour qui ce sera peut-être 39 ans. (Gynécologue Obstétricienne)

On lui a dit non, on ne peut plus vous prendre en charge parce qu'elle était limite d'âge justement il y avait ça aussi, la perspective que l'échéance était proche, que l'horloge biologique avait tourné et malheureusement on allait devoir arrêter la prise en charge. (Sage-femme)

Les professionnels peuvent donc refuser des prises en charge avant 43 ans et en accepter d'autres jusqu'à environ 45 ans. Cependant, ces diverses situations sont toutes référées à un même critère, la réserve ovarienne. C'est cette réserve, soit la limite de la fertilité physiologique, plus que la date de naissance qui semble constituer aux yeux des médecins la limite de la prise en charge des femmes.

À travers ces quelques extraits, nous voyons que les professionnels qui connaissent la limitation à 43 ans fixée par la sécurité sociale de façon administrative, la retraduisent en autre chose : un ensemble de savoirs spécialisés de biologistes et de

médecins. Ces savoirs se réfèrent prioritairement à la physiologie, c'est-à-dire au fait que naturellement la fertilité des femmes décroît avec l'âge en raison de l'altération de la qualité et du nombre d'ovocytes qui diminue jusqu'à la ménopause. Mais ils se réfèrent aussi aux possibilités techniques d'obtenir une grossesse par stimulation en fonction de l'âge : « La fécondabilité, soit la probabilité de concevoir par cycle, baisse avec l'âge : de 25% par cycle si la femme a 25 ans, on passe à 12% si elle a 35 ans et seulement 6% à 42 ans. »⁴¹. Ces données témoignent du fait que la baisse de la réserve ovarienne entraîne une moins bonne réponse à la stimulation ovarienne, qui ne pourra permettre une augmentation ni de la quantité, ni de la qualité des ovocytes. C'est principalement à ces taux de grossesse que se réfèrent les professionnels pour prendre en charge ou non des femmes en situation d'infertilité liée à l'âge. La référence au critère de l'âge repose donc en réalité sur les taux de succès de grossesse (Belaish-Allart, 2005). Autrement dit, la vraie limite est celle des chances de réussite et du rapport bénéfice/risque. Ce rapport dépend des chances de succès de la prise en charge de la patiente (taux de grossesse) et des risques encourus par la femme (hyperstimulation grave, poussée d'endométriose, etc.) ou l'enfant à venir (anomalies génétiques, etc.). Mais ces cas étant extrêmement rares, lorsque le rapport bénéfice/risque est défavorable, c'est le plus souvent en raison de chances de succès insuffisantes (Antoine, 2005).

Au-delà de ces références, nous remarquons qu'au travers de termes fréquemment employés tels que « réserve ovarienne » mais surtout « horloge biologique », le discours des professionnels présente l'espérance procréative féminine d'une manière qui mérite que nous nous y arrêtions. La fertilité des femmes est présentée comme un compte à rebours, comme une réserve d'eau qui se vide, ou une horloge qui à un moment marquera minuit. Cette référence à l'« horloge biologique » est plus littéraire que scientifique. En l'utilisant, les professionnels renvoient ainsi à l'aspect tragique connoté par cette notion, tel qu'il est évoqué dans le conte de Charles Perrault par les douze coups de minuit auxquels doit se soumettre Cendrillon. Tel un glas, l'horloge sonne inmanquablement et marque, toujours trop tôt, une fin, un renoncement de ce qui a été pour acquis durant une période mais ne l'est plus. Ce glas sépare la vie des femmes en deux et s'accompagne d'un deuil à réaliser, en

⁴¹ Source : Site internet de l'Agence de la Biomédecine. (Dernière consultation le 03/10/2016) URL : <http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/fiche4-amp.pdf>

l'occurrence un deuil de la fertilité. Ilana Löwy fait référence à ce propos, à la « tyrannie » de l'« horloge biologique » des femmes (2009).

Mais d'autres explications peuvent être avancées pour comprendre pourquoi l'on pose ces limites d'âge aux femmes, au-delà de la stricte référence à la physiologie. Des études anthropologiques ont montré le lien entre fécondité et « niveau générationnel » (Fine et al, 2009). Ces études présentent le fait qu'au-delà de la limite physiologique à procréer due à la ménopause, il existe une limite due au passage d'un « niveau générationnel » à un autre. La norme implicite que ces travaux mettent en exergue est qu'il existe dans de très nombreuses sociétés un interdit, lui-même implicite, à ce qu'une femme ait des enfants si l'un de ses enfants est lui-même en âge d'en avoir (Ibid., 2009). Les niveaux générationnels représentés par les figures de la jeune fille, la mère et la grand-mère illustrent les trois temps du destin féminin que sont la puberté, la maternité et la ménopause. Lorsque la jeune fille devient mère, elle renvoie ainsi sa propre mère au statut de grand-mère et, ménopausée ou non, cette dernière renonce à sa capacité fécondatrice inhérente à sa vie féminine antérieure. C'est ce qu'ont montré de nombreuses études anthropologiques telles que l'analyse du conte du Petit Chaperon Rouge par Yvonne Verdier et de nombreuses études en Afrique et en Europe qu'Agnès Fine, Véronique Moulinié et Jean-Claude Sangoï analysent conjointement, rendant ainsi compte de ce qu'ils nomment « la transmission de la fécondité » (Verdier, 1980 ; Fine et al, 2009). Ils estiment que « sans doute la mauvaise réputation persistante des maternités tardives, en particulier celle des maternités liées aux procréations médicalement assistées entraînant des décalages générationnels extraordinaires, est-elle un avatar de cette règle. Aujourd'hui les femmes enceintes à quarante ans sont de plus en plus nombreuses, et de plus en plus visibles, mais cela ne signifie pas forcément que l'interdit ait volé en éclats. » (Ibid., 2009 : 67). Ainsi, nous pouvons émettre l'hypothèse que les réticences existant face aux maternités des femmes quadragénaires sont également issues du découpage générationnel des sociétés et des coutumes marquant l'entrée ou la sortie de ces différentes périodes de vie, telle que l'entrée dans la vie féconde des enfants, annonçant implicitement la sortie de cette période de vie des parents et de l'ensemble des personnes de l'âge de cette génération. De cette façon, même sans enfant, une femme théoriquement en âge d'être grand-mère subira le poids de cette norme implicite.

Ces études anthropologiques ouvrent la réflexion sur cette limite de l'« horloge biologique » : au-delà de la physiologie, l'horloge biologique est également marquée par le temps générationnel, c'est-à-dire le « temps adéquat pour mettre des enfants au monde » en fonction de la génération à laquelle notre âge nous renvoie (Ibid., 2009 : 37).

Mais si cette dimension sociale de l'infertilité générationnelle permet en partie d'expliquer les limites d'âge que l'on pose aux femmes dans l'accès à l'AMP, les professionnels, en référence au modèle bioéthique qui cadre leurs pratiques, se cantonnent à la seule justification de ces limites par ce qu'ils qualifient d'« *injustice naturelle* ». Cette dimension tyrannique, tragique de l'infertilité physiologique féminine n'a aucun équivalent dans leurs discours sur la justification de la limite d'âge masculine, à laquelle nous allons à présent nous intéresser, pour laquelle ils ne mobilisent pas de référents biologiques et médicaux.

Nous avons vu que l'accès des hommes à l'AMP n'est pas marqué par une limitation de l'assurance maladie. Ce sont les médecins eux-mêmes qui en fixent une par consensus, l'âge limite pouvant varier d'un centre à un autre. Les professionnels interrogés expliquent qu'ils se sont fixés un cadre de prise en charge pour les hommes, dont la limite se situe autour de 58 ans.

On peut très bien avoir un homme de cinquante cinq ans avec un sperme qui n'est pas altéré alors là c'est une décision qui est plus sociale. Est-ce qu'on prend un homme à cinquante ans, est-ce qu'on va le prendre s'il a cinquante cinq ans, soixante ans ? Qu'est ce qu'on fait ? C'est embêtant comme décision, il n'y a jamais de décision parfaite. Pour vous dire ce qu'on fait nous c'est qu'on s'est posé une limite d'âge qui est de cinquante, je ne me rappelle plus, cinquante six, enfin bon, l'idée c'était qu'en pensant à l'enfant à naître, le gamin il n'ait pas dix huit ans quand le gars en a quatre vingt dix vous voyez ? D'arriver encore en fonction de l'espérance de vie voilà donc, je ne me rappelle plus on avait dit un truc comme cinquante sept ans plus dix huit ça fait quoi ça ? Soixante dix un truc comme ça. (Biologiste)

La limite d'âge masculine ne renvoie pas à une infertilité qui serait « naturelle », c'est-à-dire liée à la physiologie et aux taux de grossesse comme pour les femmes. Les

hommes n'étant pas soumis aux mêmes rythmes de la fertilité et de l'infertilité féminines, ils peuvent concevoir jusqu'à un âge très avancé. Aussi, la limite fixée aux hommes apparaît dans le discours des professionnels comme étant liée à une *capacité éducative* : elle renvoie à l'espérance de vie et à l'intérêt de l'enfant à naître, comme en témoigne l'extrait d'entretien suivant.

Nous voyons donc que lorsqu'il s'agit des hommes, les considérations des professionnels sont très différentes et ne posent plus une limite liée strictement à la physiologie. Il n'est en effet plus question de supputer des chances de succès, ni de faire référence à une andropause (altération de la capacité procréative masculine dû à une diminution du taux d'hormones apparaissant entre 50 et 70 ans) au sens où il était fait référence à la ménopause. De plus, nous savons qu'avec des techniques telles que l'ICSI⁴², de très nombreux hommes « infertiles » peuvent envisager de procréer à la condition que leur compagne ait des ovocytes de bonne qualité. À l'inverse, si la cause de l'infertilité est attribuée à la mauvaise qualité ovocytaire, cela signifie souvent que la femme doit définitivement renoncer à sa grossesse (si elle se conforme aux règles françaises) (Löwy, 2009). Dans le but de fixer malgré tout une limite à la prise en charge des hommes en AMP, les professionnels interrogés se sont alors basés sur ce qui leur apparaît comme étant l'âge maximal raisonnable jusqu'auquel on peut élever un enfant. Autrement dit, ils prennent ici en compte l'*engendrement* et non seulement la *procréation* comme cela est pourtant le cas dans la justification de la limite féminine. Dans cette logique, l'augmentation de l'espérance de vie constitue pour les hommes, sans équivalent pour les femmes, un allongement de leur espérance procréative en AMP :

Alors pour les hommes, le problème pour les hommes, enfin le problème, la différence, c'est que pour les hommes, il n'y a pas de limites dans la loi. Enfin pour les femmes ce n'est pas dans la loi qu'il y a une limite non plus mais, pour les hommes il n'y a pas de limites dans le remboursement et dans la prise en charge par la sécu. Donc en fait dans notre centre, on a fixé une limite d'âge dans l'intérêt de l'enfant, en se disant que le but c'était quand même que l'homme puisse voir grandir son enfant au moins jusqu'à sa majorité, donc la

⁴² *Intra Cytoplasmic Sperm Injection* : il s'agit d'une technique permettant d'injecter directement un spermatozoïde dans l'ovocyte. Grâce à cette technique, il suffit de ne trouver qu'un seul spermatozoïde lors d'une ponction testiculaire pour pouvoir envisager la fécondation *in vitro*. Cette technique apporte une solution à de très nombreux hommes infertiles.

limite elle avait été fixée initialement à 57 ans. Puis après comme tout le monde vieillit un petit peu dans le service, maintenant elle est à 59. Je ne sais pas jusqu'où elle va aller, mais maintenant la limite c'est 59 ans. Voilà, donc au-delà de 59 ans, on dit aux gens qu'on ne peut pas les prendre en charge. Enfin si l'homme a plus de 59 ans, qu'on ne peut pas les prendre en charge pour ces raisons-là. (Biologiste)

L'allongement de l'espérance de vie pour les hommes amène à un recul progressif de la limite que les professionnels leur fixent pour accéder à l'AMP.

En étudiant la façon dont les professionnels présentent les limites d'âge masculine et féminine nous observons qu'ils les réfèrent à des « faits biologiques » pour les femmes (capacité physiologique) et à des « faits sociaux » pour les hommes (capacité éducative). Ils mobilisent les principes référentiels du cadre bioéthique « naturaliste », en les appliquant dans une perspective genrée. La référence au genre dans le traitement de l'infertilité et de la prise en charge en AMP n'a rien de surprenant dans le contexte français. Les professionnels en se conformant au modèle bioéthique, se conforment « au système actuel de genre. Le montage professionnel tend ainsi à effacer l'artifice au profit d'un modèle apparemment « naturel » de procréation. » (Tain, 2004 : 235). Les limites d'âges fixées aux hommes et aux femmes reconstruisent ainsi « un calendrier reproductif dérivé de l'expérience sociale de la fécondité qui rigidifie les pratiques et renforce les écarts observés entre hommes et femmes. » (*Ibid.*, 2004 : 238). Les professionnels, en agissant en référence à ce modèle, mobilisent à leur tour des référents « biologiques ». Et c'est notamment à travers la référence à la physiologie des femmes, qu'ils se réfèrent aux aspects « naturels » de la procréation pour légitimer les prises en charge en AMP. Ilana Löwy écrit sur ce point, qu'« on pourrait pourtant imaginer une société dans laquelle la perte plus précoce de la fertilité féminine serait perçue comme un événement sans grande importance, tandis que la plus grande longévité féminine serait mise en avant comme signe évident de la plus grande vitalité et résilience des femmes. » (Löwy, 2009 : 112). Et ainsi, comme pour les hommes, ce serait la capacité éducative liée à l'âge qui justifierait la limite qu'on leur pose. Mais cela signifierait outrepasser le cadre bioéthique français qui repose sur le modèle de la conception « naturelle » et ne plus

faire la distinction entre infertilité « pathologique » et infertilité liée à la physiologie « normale » des personnes.

La présentation de ces données nous permet d'explicitier la notion d'« infertilité féminine liée à l'âge » que nous mobilisons. Cette notion ne provient pas du discours des professionnels qui parlent plutôt d'« altération de la réserve ovarienne » et font référence à la « physiologie » du corps pour prendre ou non en charge les femmes. Nous aurions ainsi pu mobiliser la notion d'infertilité « physiologique » pour désigner le phénomène étudié. Toutefois, pour échapper à la vision essentialiste de l'infertilité, nous préférons faire référence à l'âge. En effet il s'agit de l'indicateur que nous mobilisons pour questionner la notion d'infertilité et qui permet en même temps d'appréhender les multiples dimensions de l'infertilité, à la fois à la fois biologique et sociale. Il s'agit en effet de l'indicateur social par lequel nous désignons le processus à la fois physiologique et social du vieillissement du corps humain. La notion d'« infertilité féminine liée à l'âge » permet ainsi d'englober et de questionner selon nous les multiples dimensions composant l'infertilité.

2. LES PROFESSIONNELS FACE A L'INFERTILITE FEMININE LIEE A L'AGE : ENTRE DISCOURS CRITIQUES ET COMPREHENSIFS

L'étude des discours des professionnels concernant les limites d'âge pour accéder à l'AMP a dévoilé de profondes asymétries dans la façon de considérer les limites de prise en charge entre hommes et femmes. Ces discours sont conformes au modèle bioéthique qui cadre les pratiques des médecins. Nous avons vu au sein de la première partie de la thèse que la vision « naturaliste » de ce modèle est plus largement présente dans le discours social, critique envers les maternités par AMP des femmes quadragénaires. Qu'en est-il de la part des professionnels interrogés ? Comment présentent-ils les couples concernés par l'infertilité liée à l'âge ? Quels sont

les profils sociaux des couples qu'ils rencontrent ? Quelles questions leurs suscitent ces demandes de prise en charge ?

Nous avons vu que les demandes de prise en charge pour infertilité féminine liée à l'âge sont révélatrices d'une tension car elles se situent à la limite du cadre bioéthique « naturaliste ». Les femmes concernées ont en effet moins de 43 ans, néanmoins leur infertilité est liée à la « normalité » de leur physiologie. La légitimité de ces demandes est donc questionnée par les médecins qui s'interrogent quant au bien-fondé de la prise en charge en AMP de ces femmes. Ils sont pris dans une tension entre le modèle de référence guidant leurs pratiques et les demandes de prise en charge à la frontière de ce modèle. Nous constatons particulièrement cela à travers la façon dont ils présentent les profils des couples concernés. Les médecins tentent de comprendre les trajectoires de ces couples et ainsi la raison pour laquelle ils s'adressent à eux aux limites de la fertilité féminine et du cadre légal. Nous verrons que certains profils semblent plus légitime à être pris en charge que d'autres. Apparaît dès lors dans le discours des professionnels la *dimension sociale* de l'infertilité féminine. Nous montrerons alors qu'au-delà du seul vieillissement ovocytaire *physiologique* des femmes, la *dimension sociale* de l'infertilité est aussi centrale dans leurs propos : elle justifie tantôt la réprobation, tantôt la compréhension.

D'une manière générale, les professionnels interrogés ont présenté les couples souhaitant recourir à une AMP pour une infertilité liée à l'âge de la femme selon deux modèles-types. D'une part, des couples formés de longue date qui auraient trop attendu avant de vouloir faire un enfant :

Il y a des jeunes couples qui arrivent, qui attendent d'avoir une stabilité professionnelle, sans aucun problème de vie commune, qui ont vraiment un désir fort, et qui vont attendre d'avoir ce confort, enfin d'avoir une situation professionnelle stable, qui mesurent l'importance de l'éducation, d'élever et d'éduquer un enfant, et les frais que ça occasionne et bon qui veulent lui donner le max, même le minimum, mais voilà, qui attendent et qui attendent, et qui se posent beaucoup de questions et qui finalement peut-être attendent beaucoup et madame après elle prend de l'âge. (Technicienne de laboratoire)

Et puis il y a les femmes de 42, 43 ans qui elles...mais alors celles-là c'est vraiment très...c'est l'ambivalence totale, c'est-à-dire ce sont les femmes qui sont avec le même mec, donc elles ont rencontré ce type à 25 ans, elles l'ont épousé, ils ont vécu une vie de couple super et l'idée d'avoir un enfant leur est même pas venue tellement ils étaient bien tous les deux, et tout d'un coup à 42 ans c'est: « oh, si on faisait des enfants! » Donc heu... Et...alors ils arrivent dans une urgence totale, la femme est très pressée, vous comprenez... Et alors en fait on s'est rendu compte quand même que ces femmes, leur demande est très ambivalente parce que c'est à la fois: aidez-moi à avoir un enfant et l'autre message en même temps c'est aussi euh je sais bien que ça va pas vraiment marcher cette histoire. Donc en fait elles essayent tout au moment où elles ne peuvent plus. (Psychologue)

Alors il y a ceux qui perdent du temps, ceux qui sont « cui-cui » et qui attendent toujours le bon moment. Donc qui sont en couple depuis longtemps et qui attendent, qui attendent d'avoir le bon boulot, qui attendent d'avoir construit la maison, qui attendent... Il n'y en a pas beaucoup de ceux-là. Il y en pas beaucoup, d'ailleurs ça pose un peu problème, on se demande où est vraiment le désir d'enfant. Et puis d'un coup à 40 ans ils se réveillent, ils se disent "Houla", parce que quand même les femmes savent qu'avec l'âge ça marche moins bien, elles ont une notion mais elles pensent que c'est après 40 ans. Donc elles ne sont pas à 35 ans, elles sont plutôt après 40 ans et sauf qu'après 40 ans ça baisse, elles ont entendu un truc, la trisomie 21 tout ça, elles savent qu'il y a un truc après 40 ans. Donc d'un coup à 40 ans il y en a, elles se réveillent et d'un coup il faut un enfant. Mais on ne sait pas si c'est dans le désir d'enfant ou dans le désir d'être normal. Il faut un enfant. Dès fois on a un peu l'impression que c'est il faut un enfant comme il faut un petit chiot quoi. Et voilà, mais ça c'est pas la majorité ces couples-là, d'ailleurs c'est souvent des couples un peu bizarres quoi parce qu'on se dit mais ça fait 15 ans qu'ils sont ensemble pourquoi d'un coup il leur faut un enfant. (Gynécologue-Obstétricienne – Enquête 2014)

La description de ces couples met en question une certaine forme d'insouciance ou d'inconscience. Ils seraient trop insouciants par rapport à la fertilité biologique des

femmes et/ou trop préoccupés par leur vie à deux et le cadre social et familial dans lequel un enfant doit être élevé.

Nous ne retrouvons pas ces caractéristiques pour l'autre modèle de couple présenté par les professionnels : les couples de seconde union.

(...) et puis après il y a ceux qu'on appelle les remariages. C'est à dire ce sont des gens qui sont divorcés chacun de leur côté, qui viennent, et qui ont un désir de grossesse ensemble. Donc souvent ce sont des gens qui ont dépassé pour la femme, qui arrive à la quarantaine et qui ont dépassé. (Biologiste)

Il y a celles qui bon ont eu une vie de couple, ont divorcé etc. et au fond elles rencontrent un mec, c'est celui-là qu'elles auraient dû rencontrer et c'est avec celui-là qu'elles veulent un enfant et pas avec les autres avant donc elles arrivent à un âge limite où elles ont envie d'avoir un enfant parce qu'aucun mec ne leur avait donné envie d'en avoir un, sauf celui-là. Alors euh...bien évidemment elles sont très frustrées que ça leur est venu si tard et que les chances sont très limitées quand même de réussite, elles en ont parfaitement conscience. (Psychologue)

Et quand ils viennent de se rencontrer en revanche ils viennent vite. C'est-à-dire que la femme qui a 39-40 ans, au bout d'un an ils sont ici. (Gynécologue-Obstétricienne)

Ces couples sont davantage vus comme subissant les conséquences d'une rencontre trop tardive. Le discours des professionnels est moins critique à leur égard. Ils les présentent même comme plutôt conscients du fait qu'ils se tournent rapidement vers l'AMP après leur rencontre.

Le jugement parfois très explicite des professionnels se réfère à la façon dont les individus ont mobilisé ou non leur pouvoir d'agir ; ils semblent dire que les premiers couples avaient le choix et la possibilité d'agir autrement, mais non les seconds. Nous pouvons pourtant nous interroger sur la possibilité réelle des couples formés de longues dates d'envisager un enfant plus tôt. Les professionnels ne mentionnent à aucun moment les difficultés potentielles qu'auraient pu rencontrer ces couples. Or, la situation professionnelle des deux membres du couple peut être une nécessité

économique, la maternité dans le monde professionnel peut parfois apparaître comme un frein à l'évolution ou au maintien d'un poste, et ce risque peut être perçu d'autant plus fortement dans une période de crise économique et de chômage élevé. Il existe par conséquent des contraintes concrètes qui peuvent amener à n'envisager la conception d'un enfant que « tardivement ». Pourtant, les couples formés de longue date sont présentés comme inconscients, ce qui justifie pour les professionnels un discours réprobateur à leur égard :

Il y a un temps pour tout et notamment pour les femmes il y a un temps pour faire des petits, il y a un temps où le corps est prêt pour et puis il y a un temps où c'est râpé. Donc si on a fait autre chose de sa vie et bien c'est peut-être très bien ce qu'on a fait de sa vie mais il faudrait accepter l'idée qu'on n'ait pas d'enfant. Après, peut être aussi qu'on est dans une société qui met trop de choses sur les épaules des femmes, peut-être que les femmes cherchent à réussir sur tous les tableaux, je n'en sais rien, je ne sais pas. Mais en tous cas il faudrait arrêter de leur faire croire qu'elles peuvent faire tout ce qu'elles veulent et que pas de problèmes, ça va marcher.
(Sage-femme)

Les professionnels considèrent que ces femmes n'ont pas fait les bons choix aux bons moments. Compte tenu de la temporalité de leur horloge biologique, elles auraient dû s'y prendre plus tôt, malgré les raisons sociales évoquées.

Les descriptions des professionnels montrent des trajectoires biographiques types des couples soumis à un problème d'infertilité liée à l'âge (rencontre tardive, seconde union, ou couple de longue durée privilégiant d'autres objectifs avant la parenté). À travers ces trajectoires types, ils rendent compte de la dimension sociale de l'infertilité féminine liée à l'âge. Cette cause de l'infertilité amène les professionnels à critiquer l'inconscience ou l'irresponsabilité des femmes et à questionner la légitimité de leur prise en charge en AMP. Néanmoins, certains médecins s'interrogent sur les raisons de l'augmentation des demandes de prise en charge à des âges « avancés ». En questionnant le rôle de la société pour expliquer les parcours de ces femmes, ils proposent un autre discours à leur égard, plus compréhensif.

Je pense qu'il y a plusieurs choses qui jouent. Alors, il y a forcément que les femmes aient des projets parentaux qui se déclarent plus tard qu'avant, parce qu'elles considèrent qu'avant il y a beaucoup de choses à régler... et que c'est qu'une fois après avoir réglé ces choses qu'on peut penser au projet parental. Du coup, ça retarde, ça c'est la société actuelle. Après, qu'est-ce qu'il y a ? Il y a aussi le fait que, à partir du moment où les couples ont décidé que c'était le moment pour avoir un enfant, ils ne sont plus patients, c'est à dire que si ça ne vient pas au bout de 2 mois, c'est beaucoup plus simple pour eux de se dire : « il faut faire quelque chose maintenant » plutôt qu'il y a 15 ans ou il y a 20 ans. Il y a certaines nécessités de l'immédiateté. Et puis après, il y a potentiellement l'impact de nos vies ou de notre environnement ou de plein de choses sur la fonction ovarienne qui peut être fait que... elle va être altérée un peu plus rapidement peut être que précédemment. Tout ça fait que, peut-être que la proportion de couples qui consultent ou sont pris en charge pour des problèmes d'infertilité, et pour lesquels la femme a plutôt 40 ans, augmente. (Gynécologue)

Mais après c'est vrai que, après c'est ma réflexion c'est que finalement on est en train de glisser à faire des FIV à des femmes de 40 ans plutôt que de se poser aussi la question pourquoi à 40 ans il y a des femmes qui n'ont toujours pas d'enfants. C'est ça qui me dérange quand même, parce qu'on le voit les, on n'aide pas beaucoup les femmes à faire des enfants jeunes. Alors on le dit, ça commence à être vu, on voit le recul de la première maternité, c'est 30 ans. Pourquoi les femmes ne font pas leurs enfants avant, ça je trouve qu'il n'y a aucune question de société sur ça. Ou alors faut attendre d'être installée, d'avoir de l'argent, enfin non je veux dire, toutes les femmes qui travaillent elles mettent la moitié de leur salaire dans leur garde d'enfant par exemple. Enfin je trouve qu'on prend un peu le problème à l'envers, c'est-à-dire que moi toutes ces techniques il n'y a rien qui me choque mais quand même globalement, ça pourrait être évitable, quoi qu'on n'évitera jamais les deuxièmes unions, parce que ça c'est un phénomène de société, il y a énormément de gens qui ont des nouvelles vies à 40 ans. (Gynécologue-Obstétricienne – Enquête 2014)

Ces deux extraits témoignent des questions que soulèvent ces demandes de prise en charge pour les professionnels. Ils tentent d'en comprendre la cause, et ainsi, s'il est légitime que la médecine y réponde favorablement ou non. L'infertilité liée à l'âge est alors présentée comme une conséquence de différents phénomènes de société. Les secondes unions, l'importance d'avoir une situation professionnelle et économique stable, la défaillance Étatique dans l'accompagnement à la maternité par la prise en charge des enfants sont autant d'éléments expliquant les demandes de prise en charge des couples quadragénaires selon les médecins. Mais des explications d'un autre ordre, révélées par notre seconde enquête auprès des médecins, sont également à prendre en compte selon eux.

En fait la réserve ovarienne elle est formée à la naissance, on a donc un stock ce qu'on appelle la réserve ovarienne et elle diminue progressivement dès la naissance. Donc on a 1 million d'ovocytes dans les ovaires de formés, on en n'a plus que 400 000 aux premières règles, et ensuite ça diminue, ça diminue de façon régulière. Et après 35 ans clairement c'est un cap en reproduction, où la réserve ovarienne baisse, à la fois de façon quantitative et à la fois de façon qualitative. C'est-à-dire que l'ovocyte qui est là depuis avant, qui a été formé avant la naissance, il a vieilli et donc il y a plus d'anomalies finalement, d'échecs, d'anomalies de fécondation avec plus de risques de fausses couches, plus d'échecs de fécondations et du coup la fertilité naturelle baisse et en plus une fois qu'elles sont enceintes, par exemple à quarante ans on est dans les 30 à 40 % de risques de fausses couches. Ça aucune femme ne le sait.

Enquêtrice : Ah oui ? Elles sont surprises en général quand...

Ah ben elles tombent de leur chaise. Enfin, j'ai l'impression, après c'est pas exact, moi j'ai une consultation sur deux où je fais le schéma de la réserve ovarienne, j'explique « nanana ». - « Et oui mais c'est déjà fait, Céline Dion, et Carla Bruni », et voilà, le problème c'est qu'il y a une représentation dans les médias qui est totalement fausse. Parce que la plupart des stars font leurs enfants par don d'ovocyte mais ne le disent pas, après 40 ans.

Enquêtrice : Et donc là pour savoir, pour décider est-ce que par exemple vous aller prendre en charge un couple dont la femme a, je ne sais pas, par exemple 39 ans ou 40 ans : où est-ce que vous allez arrêter de la prendre en charge, ce n'est pas,

d'après ce que j'ai compris, ce n'est pas une limite d'âge fixe comme par exemple les 43 ans de la sécurité sociale...

Non ça dépend de sa réserve ovarienne.

Enquêtrice : Voilà ça dépend de ça, vous pouvez aller au-delà de 43 ans si la femme prend en charge financièrement...

Ouuuuiiii en sachant que c'est rare, parce que des fois même si on a l'impression qu'elles ont une bonne réserve ovarienne, il y a cette diminution de la qualité des ovocytes, malgré tout, ça marche moins bien. Il y a un moment ça ne marche plus et ça les gens n'arrivent pas à comprendre que la médecine ne va pas pallier ça. C'est-à-dire que dès fois pendant un quart d'heure j'explique la réserve ovarienne, et ça baisse, et ça diminue, une baisse de la qualité, une baisse de la quantité nanana, et à la fin les patientes elles disent mais vous n'avez pas de piqûres ? Voilà sauf qu'on ne peut stimuler que ce qui est stimuable et donc c'est très compliqué d'expliquer à des femmes qui ont des règles, parce que quand on a ses règles, c'est ça...

Enquêtrice : Oui pour elles tant qu'elles ne sont pas ménopausées tout va bien ?

Ouai ouai c'est-à-dire qu'avoir des règles dans l'inconscient c'est que ça marche. Or, les règles c'est un reflet juste d'un follicule qui a ovulé c'est tout. Et donc ce n'est absolument pas le reflet de la réserve ovarienne, ça ce n'est absolument pas connu. Donc ça c'est, à chaque fois c'est des grosses surprises et c'est pas du tout connu, en termes de santé publique ça vaudrait le coup d'être développé. (Gynécologue-Obstétricienne – Enquête 2014)

C'est vrai que globalement aussi elles ne réalisent pas, pour elles l'arrêt de la fertilité c'est la ménopause, donc c'est quand même 10 ans après l'arrêt de la fertilité et elles télescopent effectivement un peu ces deux notions. Donc elles ont l'impression que parce qu'elles ne sont pas ménopausées que finalement la fertilité c'est encore dans le domaine du possible. Donc il y a un espèce d'espoir, elles vivent un peu sur leur petit nuage en disant bon je suis loin de la ménopause donc je devrai pouvoir y arriver, elles ne se rendent pas compte que la fertilité baisse avant que la ménopause ne s'annonce. (Biologiste – Enquête 2014)

La mauvaise connaissance des femmes concernant le processus d'altération de la réserve ovarienne avec l'âge explique aussi, selon les médecins, pourquoi un nombre

important d'entre elles se trouve en AMP. L'ensemble des femmes ont *a priori* connaissance du fait que l'avancée dans les âges entraîne une infertilité. Toutefois, elles imaginent que ce phénomène intervient plus tardivement qu'il ne l'est en réalité, voire, qu'il est associé à la ménopause. De surcroît, le fait de se sentir et d'être encore jeune autour de la quarantaine d'années expliquerait également le fait qu'elles ne suspectent pas plus tôt le vieillissement de leur fonction ovarienne.

Les secondes unions, les filles jolies hyper dynamiques, elles le vivent mal parce qu'elles sont sportives, elles ont commencé le botox...

Enquêtrice : Elles se sentent jeunes ?

Elles sont belles. Mais oui mais d'ailleurs elles sont jeunes, enfin c'est vrai qu'une femme à quarante ans qui s'est entretenu, ce sont des belles femmes. Ce sont des belles femmes, voilà elles ont accompli des trucs et puis là il y a ce couperet. (Gynécologue-Obstétricienne – Enquête 2014)

Les femmes quadragénaires se tournant vers l'AMP sont caractérisées par des adjectifs généralement associés à la jeunesse (jolies, dynamiques, sportives, belles). Il y aurait donc un écart entre le vécu que ces femmes ont de leur corps jeune à plus de 40 ans et le vieillissement de leur réserve ovarienne. Les médecins soulignent ainsi avec force la tension existante, déjà bien connue, entre allongement de l'espérance de vie et fixité de l'espérance procréative. L'augmentation de l'espérance de vie engendre un redéploiement des classes d'âge qui s'accompagne d'un rajeunissement de chaque âge. Face à cette tension, les médecins préconisent d'informer davantage les femmes de la baisse de la fertilité dès 35 ans, afin qu'elles puissent mieux l'anticiper. Toutefois, en prenant en même temps en compte les évolutions sociales conduisant à un recul de la maternité, ils soulignent le rétrécissement de la fenêtre temporelle permettant, pour les femmes, d'avoir un enfant.

Je serais à fond pour que les femmes aient le maximum d'informations et surtout qu'elles puissent agir en conscience. Alors, je dirais que pour les femmes jeunes, le problème qui reste quand même en première position, c'est l'importance de la contraception, ça c'est quand même le plus important. Ce n'est pas démarrer une grossesse quand on ne le veut pas, on a les moyens, il faut pouvoir. Il y a quand même encore beaucoup de demandes... il y a quand même pas mal d'IVG pour des femmes qui peut-être auraient pu, je ne porte pas de

jugement ce n'est pas du tout l'idée, mais peut-être qui auraient pu éviter ça. Donc, pour des femmes, des jeunes filles qui arrivent à la majorité, qui sont adolescentes, disons jeunes adultes, je crois que la priorité c'est ça. C'est maîtriser effectivement la contraception, il y a beaucoup de moyens à l'heure actuelle qui sont à leur disposition, voilà, il faut pouvoir ne pas être en position difficile, ne pas avoir à gérer une grossesse vraiment absolument pas désirée. Parce que ça met les gens toujours dans des situations complexes. Après, il faut qu'elles sachent aussi, que ce n'est pas forcément pour, à 38 ans, se dire : « tiens, c'est le moment ». Voilà, qu'elles sachent qu'on n'a pas les mêmes réponses à 38 ans que quand on en a 30 ou 25. 25, c'est peut être compliqué avec la vie actuelle, mais bon. La majorité des femmes ne peuvent pas envisager aussi rapidement une grossesse à 38 ans qu'elle l'aurait fait à 28 ans, ce n'est pas possible. Il faut qu'elles le sachent ça. Il faut qu'elles le sachent. Après, chacun essaie d'être le mieux maître de sa vie, mais il faut absolument qu'elles le sachent. Pas tomber des nues : « ah bon... » voilà, des femmes qui sont en couple stable depuis 10 ans et puis, arrivées à 40 ans : « ah ben mince... ». (Gynécologue – Enquête 2014)

Cet extrait montre qu'en prenant en considération les limites à la fois biologique et sociale de la reproduction, la période de vie au cours de laquelle les femmes peuvent envisager d'avoir des enfants est relativement restreinte. En effet, en tenant compte des évolutions sociales, beaucoup de femmes n'envisagent pas d'avoir un enfant avant 30 ans. Toutefois, l'idéal selon les médecins étant de procréer avant 35 ans, après quoi la fertilité aura décliné, elles auraient une fenêtre d'une durée approximative de cinq années pour faire des enfants. Les professionnels préconisent donc d'informer davantage les femmes de l'importance de cette fenêtre temporelle au cours de leur vie, pour pouvoir mener à bien leur projet parental.

Le discours des professionnels sur les femmes « âgées » en AMP, bien que critique notamment à l'égard de celles en couple depuis de nombreuses années, s'avère toutefois beaucoup plus nuancé que le discours social exposé en première partie. Ce dernier les présente comme responsables et fautives d'essayer d'avoir un enfant autour de 40 ans. L'enquête permet de montrer que si les professionnels

tiennent parfois un discours équivalent, ils ont également conscience que la question du choix de faire un enfant se pose rarement pour les femmes qui s'adressent à eux autour de 40 ans, compte tenu des évolutions sociales. Les entretiens complémentaires réalisés lors de notre deuxième enquête ont permis d'approfondir ce constat. En interrogeant les médecins sur les causes de la croissance de l'infertilité féminine liée à l'âge, d'autres éléments d'explication ont en effet pu être développés. Les femmes se tourneraient vers l'AMP après 40 ans également en raison d'un sentiment de jeunesse, lié à l'augmentation de l'espérance de vie. À cela s'ajoute une inconscience du processus d'altération de la réserve ovarienne avec l'âge. Cette « inconscience » n'apparaît plus ici comme une responsabilité, une faute de leur part, mais comme un élément socialement explicable, face auquel la société pourrait, et même, devrait intervenir. Les professionnels recommandent en effet d'informer davantage les femmes et de développer les moyens permettant de concilier maternité et profession. Ainsi, leur discours est plus compréhensif à l'égard des femmes et de leurs trajectoires biographiques, en même temps qu'il préconise un changement de comportements pour permettre une meilleure concordance entre l'« horloge biologique » des femmes et la temporalité qu'elles accordent au projet parental. S'ils prennent en compte la *dimension sociale* de l'infertilité, il n'en demeure pas moins que du point de vue des professionnels, les limites « naturelles » de la fertilité définissent les bornes de la *temporalité procréative* féminine.

Les médecins sont donc pris dans une tension entre le modèle bioéthique de référence guidant leur pratique, auquel ils se conforment dans leurs discours, et les demandes de prise en charge à la frontière de ce modèle. De ce fait, leur discours s'avère ambivalent, à la fois critique vis-à-vis de ces demandes « hors cadre » et en même temps compréhensif en raison de leur conscience des évolutions sociales à l'origine de l'infertilité féminine liée à l'âge.

Ce discours ambivalent reflète la tension entre la *dimension naturelle* et la *dimension sociale* de la reproduction et de l'infertilité. Le modèle bioéthique ne légitime que la

dimension « naturelle » de l'infertilité, alors qu'il existe aujourd'hui des infertilités produites par des pratiques sociales. Parmi ces dernières nous retrouvons celles liées au célibat, à l'homosexualité, ou encore à l'âge des femmes. Le recul de l'âge à la maternité est un fait social qui est pourtant présenté dans les discours comme dépendant de « l'inconscience » des femmes de leur « horloge biologique ». Le fait social est ainsi parfois nié, ou parfois « naturalisé » par la réduction de la reproduction féminine au seul corps des femmes, à travers la référence à l' « horloge biologique » et à leur inconscience de ce phénomène. Cette vision « naturaliste » ne concernant que l'infertilité féminine, le discours moralisateur y étant associé est également formulé de façon asymétrique selon le genre. La question des choix de vie et des priorités de parcours, entre profession et famille par exemple, n'est pas posée spécifiquement aux hommes comme elle l'est parfois pour les femmes. Cette problématique du temps qui passe et du temps que chacun prend pour constituer sa vie selon ses choix et ses priorités personnelles, vise principalement les femmes, et est étroitement associée au déclin de leur fertilité beaucoup plus précoce que celui des hommes. Il apparaît clairement ici que le temps procréatif est très fortement marqué par la dimension du genre. Dans le cadre de l'AMP, femmes et hommes ne sont pas concernés de la même manière par le temps et ses limites, et de ce fait, ne sont pas non plus concernés de la même manière par les discours critiques à l'égard de leurs trajectoires biographiques. Il y a donc une asymétrie entre femmes et hommes vis-à-vis d'un même fait de société, celui de l'allongement de l'espérance de vie. Tandis que ce phénomène entraîne la révision des limites d'âge posées aux hommes, la prégnance de la vision « naturaliste » de la reproduction appliquée aux femmes justifie un autre discours, partagé entre déni et reconnaissance du fait de société et de la dimension sociale de l'infertilité. Ainsi, la tension éprouvée par les professionnels naît de cet écart, entre une vision « naturelle » de l'infertilité féminine, et une vision plus sociale de l'infertilité qui s'impose malgré tout à eux. Toute la difficulté pour eux est de composer entre la prise en compte du modèle de référence et la prise en compte des évolutions sociales.

L'étude des discours des professionnels sur les limites de prise en charge en fonction de l'âge et sur les profils des couples « âgés » a donc permis de montrer de forts écarts dans la façon d'appréhender les seuils féminin et masculin. Ces discours sont relativement semblables au discours social sur l' « horloge biologique » des

femmes que nous avons présenté au sein du premier chapitre. Tandis que pour les hommes les limites ne dépendent pas que des capacités biologiques mais aussi de leur capacité éducative ; pour les femmes, malgré la conscience de la dimension sociale de leur infertilité, les limites de prise en charge restent cantonnées à la dimension strictement « biologique » de la procréation. La réserve ovarienne, et non la capacité à élever un enfant, constitue pour elles l'unique critère d'accès à l'AMP. En approfondissant notre étude des pratiques de prise en charge en AMP, nous allons montrer que la *dimension sociale* de la reproduction et de l'infertilité est pourtant plus largement présente dans les décisions et actions des professionnels. Le modèle bioéthique « naturaliste » n'est pas le seul référent sur lequel ils s'appuient, une norme professionnelle subjective dérivée de l'expérience sociale guide aussi leurs pratiques, il s'agit de la « norme procréative » (Bajos et Ferrand, 2006a ; Rozée et La Rochebrochard, 2010).

Chapitre 6 : La pratique des professionnels : une prise en compte méconnue de la dimension sociale de l'infertilité

Au sein de ce chapitre nous dépassons le cadre du traitement de l'infertilité féminine liée à l'âge pour aborder d'autres situations mettant en question la *dimension sociale* de la prise en charge et de l'infertilité en AMP. Nous allons premièrement nous intéresser aux décisions de prise en charge des professionnels face aux différents types d'infertilité auxquels ils ont à faire. Quelles questions soulèvent les différentes demandes de prise en charge ? Deuxièmement, nous nous intéresserons à la place donnée dans un parcours d'AMP à l'homme et la femme, ainsi qu'à l'entité les réunissant, le couple.

Les demandes de prise en charge en AMP sont extrêmement variées, que ce soit en raison des profils des couples ou des indications d'infertilité. Certaines de ces situations interrogent les médecins. Parfois, un aspect social dans le profil du couple questionne la légitimité de la prise en charge, malgré sa conformité aux critères du modèle bioéthique de l'AMP. En présentant ces cas, les médecins témoignent de façon implicite de l'importance de la dimension sociale dans la décision de prise en charge des couples infertiles. Un modèle-type des « élus de l'AMP » (Mathieu, 2013), soit des couples pouvant être légitimement pris en charge en AMP transparaît de leurs discours à travers la description qu'ils font des modèles semblant illégitimes. La « norme procréative », désignant les « bonnes » conditions dans une société pour être parent, guide aussi leurs pratiques (Bajos et Ferrand, 2006a). Ils se présentent tout à la fois en tant que garants de la *norme bioéthique* mais aussi de la *norme procréative*. En formulant les acceptations ou refus de prise en charge en AMP sur cette double base, ils témoignent ainsi de ce que doivent être, selon eux, les « bonnes » conditions pour avoir un enfant en France. Ils prennent en charge les couples en tenant compte non seulement de l'aspect technique et biologique de la procréation, mais aussi en prenant

plus largement en compte l'*engendrement*, désignant le système relationnel complexe dans lequel un enfant est mis au monde (Théry, 2006, 2009, 2011, 2009, 2006).

Dans une deuxième partie, nous verrons que non seulement tenir compte de la dimension sociale de la *prise en charge*, cette dimension est également centrale dans la définition qu'ils donnent de l'*infertilité*. L'étude des discours des professionnels sur leurs pratiques montre en effet l'importance qu'ils accordent à l'*entité couple*, la façon dont ils veillent à sa centralité au cours du parcours d'AMP, même lorsque cela n'a rien d'évident. Ils ne traitent pas des infertilités d'individus mais des *infertilités de couple*. Là encore, nous observons le poids de la « norme procréative » dans la pratique médicale et l'importance accordée à l'*engendrement*. L'enjeu pour les professionnels n'est pas seulement la mise au monde d'un être humain, la procréation, mais plus encore que cet enfant ait bien un père et une mère, qui plus est d'un certain niveau social, économique, etc., comme nous le montrons dans la première partie. Cet enjeu apparaît tout au long du parcours d'AMP : depuis la décision d'acceptation ou de refus des couples, jusqu'au terme de leur prise en charge.

Ainsi, en contraste avec les résultats précédents, la prise en compte de la dimension sociale de l'infertilité et de l'engendrement s'avère centrale dans la pratique des médecins. Elle est en question y compris lorsque les demandes de prise en charge entrent clairement dans le cadre du modèle bioéthique, dévoilant ainsi que la caractérisation d'une infertilité comme « normale » ou « pathologique » ne suffit jamais à élaborer la décision d'acceptation ou de refus. Bien que ce constat soit distinct dans les propos des professionnels, la référence à la « norme procréative » n'apparaît pas un choix explicite par ces derniers. Les référents sociaux mobilisés sont extérieurs au cadre normatif de référence, ainsi, les médecins s'y réfèrent sans pour autant les présenter comme des référents officiels de ce qui définit une prise en charge légitime ou illégitime en AMP. Il s'agit d'un référent méconnue, s'imposant sans toutefois qu'ils s'y réfèrent directement.

1. L'IMPORTANCE DU PROFIL SOCIAL DES COUPLES DANS LA DECISION DE PRISE EN CHARGE EN AMP

Face aux profils variés des couples souhaitant accéder à l'AMP, les décisions d'acceptation ou de refus ne sont pas toujours simples et évidentes à déterminer pour les professionnels. La prise en charge peut être considérée d'emblée comme non problématique car en conformité avec le cadre du modèle bioéthique de référence. C'est notamment le cas lorsqu'il s'agit de couples sans enfants dont la femme a moins de 35 ans, l'homme moins de 50 ans, et qui présentent une infertilité clairement diagnostiquée médicalement. Il peut s'agir par exemple d'une infertilité due à un problème dit « mécanique » comme les trompes bouchées chez la femme ou un trouble de l'érection chez l'homme, ou encore d'une altération de la production de gamètes considérée comme anormale compte tenu de l'âge (ménopause « précoce » par exemple). À l'inverse, d'autres situations, sont clairement identifiées comme irrecevables, car strictement en contradiction avec le cadre légal de l'AMP. C'est le cas notamment des demandes provenant des personnes célibataires, en couple homosexuel, ou des couples hétérosexuels ayant plus de 43 ans pour la femme ou plus de 60 ans pour l'homme.

Toutefois, d'autres situations apparaissent moins évidentes à appréhender : celles s'inscrivant dans les limites du cadre bioéthique mais pour lesquelles le profil social du couple questionne la légitimité de la demande. Ces cas sont extrêmement divers. Il s'agit par exemple des couples dont l'un des membres a un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie, souffre d'une maladie, d'un handicap physique ou psychiatrique, ou a été condamné pénalement. Cela peut également concerner les couples au niveau socioéconomique peu élevé (identifiés comme tel par les professionnels en tant que bénéficiaires de la CMU ou de l'AME), ou dont le niveau linguistique en français est faible. Il peut aussi s'agir des couples ayant déjà plusieurs enfants, ou encore ayant eu une première expérience de parenté jugée négativement (enfants abandonnés ou placés).

De manière générale, ces différents cas interrogent les professionnels quant au bien-fondé de la prise en charge en AMP. Leurs questionnements ne concernent pas l'alignement au cadre légal de l'AMP à savoir : est-ce que ces demandes de prise en

charge relèvent d'une infertilité « pathologique » dans un cadre « naturel » de procréation. Les interrogations des professionnels sont liées à des critères sociaux, non pris en compte et définis par le cadre légal de l'AMP. Face à ces diverses situations, ces derniers sont ainsi seuls juges et éprouvent des difficultés à prendre une décision : « Devons-nous prendre en charge des couples dans telles ou telles situations ? », « Pouvons-nous nous poser en juge ? », « Quels motifs de refus ou d'acceptation de prise en charge peuvent être valables ? ». Les différents cas rapportés par les médecins interrogés permettent d'observer, par-delà l'opposition normal/pathologique du modèle bioéthique, la prise en compte de référents sociaux dans la décision de prise en charge, qui repose sur des arguments subjectifs formulés au cas par cas (Memmi, 2003 ; Doron *et al.*, 2011 ; Bataille et Virole, 2013 ; Mathieu, 2013).

On hésitait à les prendre en charge parce que le monsieur avait eu un enfant d'une précédente union qu'il ne voyait pas, il nous avez dit qu'il avez eu une ordonnance du juge pour ne pas la voir donc on ne savait pas trop, des fois, on ne sait pas jusqu'où aller aussi jusqu'où demander pourquoi il y avait une interdiction de voir sa fille et donc là, en plus, la dame parlait pas bien français, ils ne travaillaient pas tous les deux, donc des fois, pourtant c'est pas à nous de dire si ils ont droit d'avoir un enfant ou pas mais parfois on se pose des questions sur l'avenir de l'enfant au sein du couple donc là, on a dit on attend un peu, on essaie de voir un peu, en plus le monsieur avait des contextes psychologiques, il était suivi par un psychiatre, il avait des médicaments, comment on dit, des médicaments antidépresseurs. (Gynécologue)

(...) alors déjà elle parle très mal français, elle n'est pas du tout intégrée, ça fait des années et des années qu'elle vit en France mais elle a vraiment une barrière linguistique très marquée, sa petite d'ailleurs qui est très mignonne, apparemment qui n'a aucun souci particulier, les deux vivent du RMI, et la femme à chaque fois, les psychologues mettent ça : « ne connaît pas l'année de naissance de sa fille et ne sait pas en quelle classe elle est ». Et bon voilà, là elle est revenue me voir, j'ai mis un quart d'heure à lire le dossier qui était énorme et donc je lui ai reposé un peu les mêmes questions et à chaque fois c'est sa fille qui répond pour elle quoi. Et pas par barrière de langue hein, on voit qu'elle est là, elle ne sait pas trop, à chaque fois elle répond 6 ans alors que maintenant elle en a plutôt entre 8 et 9, enfin bon. Donc ça c'est vrai que

les psychologues nous aident énormément dans cette, quand on voit que, ça veut pas dire qu'elle est malheureuse mais peut-être qu'ils n'ont pas non plus trop les moyens d'en élever un deuxième, en plus il y a aussi le problème quand même de la pénurie des paillettes de donneurs, et qu'on préfère privilégier un premier enfant qu'un deuxième. Donc, bon, ça c'est un peu ce qu'on lui a dit, est-ce que c'est un peu pour se, je ne sais pas, pour nous aider dans notre décision peut-être, je ne sais pas. (Gynécologue obstétricienne – Andrologue)

Ces extraits d'entretien montrent des demandes de prise en charge dont la légitimité interroge les professionnels, sans toutefois que le profil du couple ne justifie un refus catégorique et évident. Les deux couples ne sont en effet pas récusés par le cadre légal de l'AMP, mais leur profil social amène les médecins à questionner le bien-fondé de la prise en charge sur la base de l'intérêt de l'enfant à venir. Pourtant, les critères sociaux n'étant pas pris en compte par le cadre légal de l'AMP, comme ils le sont dans le cadre de l'adoption, les médecins ne peuvent refuser les couples en raison de leur profil social. Ainsi, lorsqu'ils refusent de les prendre en charge, c'est en mobilisant d'autres motifs (Memmi, 2003 ; Mathieu, 2013) tels que le fait de réserver les paillettes de donneur pour les couples sans enfant, ce qui ne s'avère pourtant pas être un critère de refus systématique. L'argument juridique est au final celui qui permet de refuser les demandes qu'ils n'approuvent pas (Mathieu, 2013). Mais cet argument n'est pas toujours évident à saisir. Parfois, comme dans le premier cas présenté, aucune caractéristique du couple ne justifie un refus de prise en charge, mais les médecins ne pouvant se résoudre à l'accepter, ils reportent dans le temps la prise de décision. Ils éprouvent un certain malaise à devoir répondre à des situations qui ne sont pas pensées par le droit. Un des moyens qu'ils mobilisent pour répondre à cette difficulté s'observe par l'utilisation des pronoms « nous » et « on » lorsqu'ils parlent de la prise de décision, faisant ainsi référence à une décision collective.

Mais après il y a des fois où... en fait on a staff tous les vendredi après-midi où on passe les dossier qui posent problèmes éventuellement pour leur prise en charge : ça peut être des problèmes d'ordre sociaux, d'ordre... psychiatriques... d'ordre, par exemple, est-ce qu'on prend en charge monsieur et madame qui ont déjà 4 enfants et qui en veulent un 5^{ème} ? Est-ce que c'est vraiment une infertilité? Ou est-ce que... parce que ça coûte cher une tentative de PMA... Entre 2000 et 3000

euros pour une tentative de FIV, oui, et puis, ça coûte cher à la société, et puis c'est risqué, comme tout traitement médical, madame, elle va subir pour une fécondation in vitro, elle va subir une opération avec une anesthésie. Donc est-ce qu'on prend ce risque pour un X^{ème} enfant? Donc, là on peut se poser la question. Est-ce qu'on accepte de prendre en charge des personnes qui sont, par exemple sous tutelle, parce que l'un et l'autre ne sont pas capables de gérer un problème de la vie quotidienne et qui nécessite une mise sous tutelle. Déjà, est-ce que c'est une bonne idée de... d'accéder à leur demande d'enfant, dans ce contexte-là ? Est-ce qu'on prend en charge un patient qui est violent, alcoolique et qui visiblement bat sa femme ? Alors, tous ces cas-là, il n'y a pas de loi, il n'y a pas de textes, il n'y a rien. Ce n'est que... voilà du subjectif et la décision est généralement prise en staff pluridisciplinaire où il y a des biologistes, des médecins, des gynécologues, des endocrinologues, des psychologues et puis... parfois on dit oui, parfois on dit non... » (Biologiste)

La décision de refus de prise en charge ne repose pas sur une seule décision individuelle, mais sur une décision collégiale provenant de l'équipe de professionnels du centre d'AMP composée de différents spécialistes (gynécologues, biologistes, psychologues, secrétaires) qui se réunissent régulièrement pour trancher sur les dossiers difficiles.

La difficulté des professionnels à accepter toutes les demandes de prise en charge est aussi liée au fait que le rôle de l'AMP n'est pas uniquement de soigner des maladies.

Je ne suis pas forcément non plus très à l'aise avec ce truc. Il y a toujours la théorie... euh comment dire... accès des soins à tous machin, et puis sauf que moi là dans la pratique je me retrouve confronté à quelque chose... oui c'est bien beau l'accès des soins à tous mais ce qu'on fait a une implication. Donc moi je veux bien que tout le monde ait le droit de se faire soigner ou que tout le monde ait le droit de recevoir une greffe quelque soit son niveau de revenu parce que cela serait injuste. Et là en PMA ça me gêne un peu plus parce qu'on est dans une médecine de confort et pas dans une médecine de soin. Les patientes elles ne vont pas mourir si on ne leur fait pas une FIV. Donc dans la mesure où justement il n'y pas

d'urgence et il n'y a pas d'obligations, peut être que c'est pour ça aussi que j'ai un recul qui n'est pas le même que quand euh...je ne sais pas si je suis en salle d'accouchement je ne vais pas me poser la question de est ce que j'accouche la dame ou pas, bah oui je l'accouche, je la soigne, je m'occupe d'elle et de son bébé. (Sage-femme)

La pratique de l'AMP qui est de pallier aux infertilités pour répondre aux demandes sociales d'individus souhaitant avoir des enfants, sans soigner une pathologie par une « thérapeutique » particulière (Théry, 2011) comme le présente le cadre bioéthique, n'échappe pas aux professionnels. C'est dans ce cadre que la question de la légitimité des demandes prend toute sa place. Ils s'investissent de la responsabilité de ne pas faire naître des enfants dans un cadre familial leur paraissant préjudiciable pour l'enfant à venir. La gratuité d'accès à cette médecine particulière ne saurait justifier pour eux une réponse positive systématique.

Les psychologues si jamais trouvent que un des deux ou les deux sont fragiles, je ne sais pas, qui ont des conduites addictives, si il y en a un qui boit beaucoup d'alcool, qui fume énormément de cannabis ou qui sont limite schizophrène ou border line ou quoi, si ils trouvent qu'ils sont trop fragiles psychologiquement, nous on ne peut pas se dire qu'on va les aider à avoir des enfants et que ça pourra pas, qu'ils ne pourront pas s'occuper de l'enfant et qu'après il va être remplacé, on se sentirait responsable. Comme dit [un des gynécologues du service], si ce couple-là fait ça dans leur lit on ne peut rien dire mais nous on ne peut pas se sentir responsable de leur faire faire des enfants et qu'après ils soient abandonnés parce qu'ils sont fragiles psychologiquement, c'est pour ça qu'il y a un entretien avec les psychologues de dépistage et après les psychologues si il y a moyen ils les envoient vers les psychiatres ou vers une hospitalisation, enfin la consultation avec les psychologues est indispensable. (Interne Gynécologue)

J'ai vu un autre couple, alors ce matin, c'était la série, un autre couple qui vient, le monsieur a une anomalie chromosomique, mais on dirait un trisomique, un adulte très gentil, quand même assez évolué, mais avec un gros retard mental quand même, hein, très lent. Et une femme, à peu près normale, qui est une ancienne grande obèse, qui est encore assez grosse, mais bon, ils ont une vie, ils ont une vie, ils

étaient très sympathiques, ils m'ont touché ces gens, elle, elle a, c'était très touchant, mais bon, lui il a une allocation d'adulte handicapé, et puis il est vraiment, très ralenti hein, et, mais bon, ils étaient très mign, très touchants, parce qu'il disait, moi ça va, mais elle je sais pas comment elle va le prendre, effectivement, elle, elle avait les larmes aux yeux, parce que elle sait bien que, que, ça va être difficile. Je pense qu'elle a déjà essayé et que, alors bon, ils ont un risque génétique de transmission de son anomalie à lui, donc faire appel à une demande de don de sperme, leur dossier ne sera jamais accepté. C'est compliqué pour nous, hein, mais c'est vrai que c'est, elle le comprenait au fur et à mesure de la consultation... (...) On pense au devenir de l'enfant et à la logique de société, hein, ces gens-là ils sont complètement dépendants, ils vivent d'allocations. Ils, et le père, le futur père ! Est handicapé mental, sérieux. Donc, c'est, après comme je lui ai dit, vous auriez eu des enfants tout seul, la société aurait assumé, mais il se trouve, je ne sais pas, probablement lui a un problème, elle, elle n'ovule pas, enfin bon ils ont des soucis tous les deux, mais peu importe, hein. Avant, je vais en discuter dans le service hein, puisqu'ils m'ont quand même un peu interpellés, mais voilà, c'est un dossier, c'est pas sûr qu'on les, c'est même très probable qu'on ne les prendra pas, parce que ce n'est pas raisonnable. (Médecin gynécologue)

La notion de « *raisonnable* » rend compte du souci des professionnels d'estimer le cadre familial idéal dans lequel un enfant doit prendre sa place. Au-delà de la problématique du handicap, la raison pour laquelle ce couple n'est pas pris en charge tient également au fait qu'ils sont « dépendants de la société », qu'ils vivent d'allocations. D'autres extraits d'entretien permettent de montrer l'importance que cela revêt aux yeux des professionnels :

Au tout début de la FIV, au départ on avait instauré un entretien social pour savoir si les gens n'étaient pas dans la mouise, un entretien avec un psychiatre pour voir s'ils n'étaient pas complètement cintrés, parce qu'au départ on partait dans l'idée qu'on ne va pas faire des FIV à des gens pour lesquels on refuserait une adoption. Et puis cet aspect-là s'est un peu dilué dans le temps et maintenant ça n'existe plus. Ça nous est donc arrivé de faire des FIV, mais moi je ne me sentais pas très bien parce que quand on fait des FIV à des

gens qui ont une CMU qui sont dans la misère et quand l'enfant sera là seront dans les ennuis, moi ça me dérange. Alors je sais que ce n'est pas bien parce que tout le monde a le droit d'avoir un enfant mais à un moment donné il faut quand même réfléchir on fait un enfant peut être même deux si on a des jumeaux donc ils vont être jusque-là dans les ennuis et nous on fait une FIV et on ne se pose pas la question. Moi des fois je suis gênée par rapport à ça, par rapport aux demandes qui au fil des années, selon moi, sont devenues un peu plus commerciales que médicales. C'est une évolution qui ne me plaît pas trop et qui parfois me gêne. (Sage-femme)

Les médecins, rarement, refusent de faire une tentative, trop rarement pour nous, pour nous techniciennes, dans l'ensemble on en discute entre nous, la plupart d'entre nous, on est vraiment, j'irai pas jusqu'à dire révoltées, mais c'est pas normal que des patients, des couples qui ont déjà un certains nombres d'enfants, ou bien entre eux, ou bien dans le couple, hein, reviennent ici, ce n'est pas leur place. Ce n'est pas leur place, donc nous après, ça ne nous plaît pas de le faire, on le fait c'est notre travail, on le fait même avec toute notre conscience, malgré ça, ça ne nous plaît pas de le faire, parce qu'on n'a pas, ils ne devraient pas être là, de même les patients qui bénéficient de la CMU. Bon la couverture maladie universelle. C'est, c'est révoltant, enfin moi à mon sens, c'est révoltant qu'ils viennent chez nous. Ils ne peuvent pas se prendre en charge, donc ils n'ont pas les moyens de prendre en charge des enfants. Alors qu'ils en aient dans leur couple de façon naturelle, ben c'est bien et tant mieux, mais que nous on fasse des quantités de, de, d'exams et qu'on essaie de tout faire pour leur avoir des enfants, alors qu'ils ne peuvent même pas se prendre en charge, moi je ne trouve pas ça normal. (Technicienne de laboratoire)

La question de la dépendance économique laisse suggérer aux professionnels que les couples ne sont pas capables de se prendre eux-mêmes en charge et qu'ils ne pourront de ce fait assumer en plus un enfant. Leur réticence à les prendre en charge est encore une fois en référence au bien-être de l'enfant à venir. Cette question, au cœur de leur préoccupation, est comparable aux exigences imposées aux couples dans les situations d'adoption comme en témoigne l'extrait de la sage-femme. Toutefois, les critères d'acceptation des couples en AMP ne sont pas calqués sur le modèle de l'adoption. La

gratuité d'accès à la médecine fait prévaloir l'égalité économique et sociale qui n'est pas toujours satisfaisante pour les professionnels, en témoigne l'extrait d'entretien suivant :

À l'époque quand ce n'était pas pris en charge par la sécurité sociale donc on leur demandait une participation aux frais, c'était sous forme de don, on leur faisait un reçu qui était déductible des impôts mais il y avait cette prise de conscience du couple que là, que la médecine avait un coût, voilà. Aujourd'hui à mon avis cette notion n'existe plus, et il y a une notion de gratuité qui a pris la place et ça c'est terrible, parce que vous avez des demandes abusives qui se font, des gens qui ne se rendent pas compte que la médecine a un coût, que la santé a un coût, et que par moment même la médecine de la reproduction n'est pas une médecine d'urgence. Donc vous avez des couples qui sont dans des situations, mais ça c'est encore des réflexions personnelles je ne veux pas, je ne veux pas vous influencer ou vous donner une image, moi depuis (...) j'ai un peu évolué hein, et donc vous avez des couples qui ont des choses à régler avant d'avoir, de régler celui de l'enfant, ils ont des problèmes de papiers, ils ont des problèmes d'emploi, donc vous avez des gens qui n'ont pas de papier, vous avez des gens qui sont sans emploi, madame monsieur sans emploi, qui n'ont pas de logement, qui logent, qui squattent à droite à gauche ou qui sont voire à l'hôtel, bon et là je me dis quelle est la priorité dans ces cas là ? Je me dis moi ma priorité ce serait d'avoir déjà un logement, un toit pour accueillir un enfant, de régler certaines priorités. Et bien, on n'a pas les mêmes priorités apparemment. Leurs priorités à eux c'est de mettre au monde un enfant qui, je ne sais pas, qui peut-être peut tout régler pour eux c'est-à-dire qu'à partir du moment où ils auront cet enfant là, ils auront peut-être droit à un logement où une considération je ne sais pas, une reconnaissance au sein de la société, je ne sais pas.
(Secrétaire)

La question des priorités dans les choix de vie entre le fait de faire un enfant d'un côté et le fait d'avoir un emploi, ou un logement de l'autre côté apparaît dans l'enquête des professionnels pour la seconde fois. Ces mêmes référents ont déjà été présentés dans le chapitre précédent à propos des femmes souhaitant être prises en charge en AMP en raison d'une infertilité liée à leur âge alors qu'elles sont en couple depuis de nombreuses années. Toutefois, alors que les professionnels critiquaient les choix de

ces femmes car elles avaient accordées trop d'importance à la stabilité de leur vie de couple et au confort à avoir pour pouvoir accueillir un enfant, ici nous observons le propos inverse. Les couples sont critiqués pour ne pas accorder assez d'importance à ces mêmes éléments. Ainsi, entre un intérêt pour le confort et le bien-être de l'enfant jugé insuffisant et un autre jugé excessif, les professionnels rendent compte d'une norme sociale forte de ce qui représente pour eux le modèle adéquat dans notre société pour avoir un enfant : être ni trop jeune ni trop âgé, ni trop désintéressé par la question du confort pour l'enfant ni trop accaparé par cette question. Après le constat d'une fenêtre des âges extrêmement étroite pour accéder à la maternité (entre 30 et 35 ans), compte tenu des limites sociales et biologiques, apparaît également une fenêtre réduite autour de ce qui serait les conditions sociales optimales pour avoir un enfant : le confort matériel doit être assuré mais cette préoccupation ne doit pas engendrer le risque d'être rattrapé par la limite biologique. À travers les extraits précédents, les professionnels dressent ainsi les contours de ce qui est pour eux la « norme procréative ». Ce concept développé par Nathalie Bajos et Michèle Ferrand désigne le « bon moment de la maternité » : ni trop tôt ni trop tard, entre 25 et 35 ans (avant, les grossesses sont stigmatisées comme « précoces » (Le Van, 1997), après, comme « tardives », donc « à risque » (Langevin *et al.*, 1982). » (2006a : 92). Les auteures expliquent également que la « norme procréative » définit quelles seraient les « bonnes » conditions pour avoir un enfant, à savoir « un couple parental, stable affectivement, psychologiquement et matériellement, cette naissance s'inscrivant dans un projet parental, et survenant au bon moment des trajectoires professionnelles des deux parents. » (*Ibid.* : 92). Les médecins se réfèrent à cette « norme procréative » pour statuer sur la légitimité des demandes de prise en charge en AMP.

D'autres demandes de prise en charge rapportées par les professionnels se heurtent à cette « norme procréative » et engendrent des réprobations de leur part. Il s'agit par exemple de celles provenant de personnes considérées comme alcooliques ou toxicomanes :

Il y a une femme qui a eu des comportements un peu étranges, pour laquelle on avait des doutes sur une intoxication de... aux drogues, je ne saurais par dire laquelle mais enfin elle avait été somnolente en salle d'attente. Et puis finalement elle est revenue à de multiples reprises et puis les entretiens nous

ont rassurés et donc nous avons pu poursuivre la prise en charge mais nous étions assez inquiets pour le devenir des enfants, oui, on s'interroge beaucoup, sans se poser en juge, car c'est difficile de savoir qui sera heureux dans quelle famille, on essaie vraiment de ne pas juger, on essaie vraiment de pas juger, par contre quand il y a des facteurs de risques, par exemple l'alcool, où on sait que les gens sont violents, ça effectivement c'est rédhibitoire. Quand il y a des signes cliniques ou biologiques d'intoxication alcoolique, c'est un critère de refus, donc on demande aux personnes d'aller en cure de désintoxication, d'être pris en charge au niveau médical pour ce problème-là. (Gynécologue)

Elle faisait un profil un peu alcoolique et il y avait des antécédents de violence familiale, de violences conjugales, pas dans le couple, mais avec un monsieur précédent pour la dame, et en fait les deux apparemment buvaient un peu (...) Après c'est dur de se dire que nous on autorise ou pas à faire, parce que pour la loi, il n'y a rien du tout, dès qu'ils sont mariés ils ont une vie commune après... (Gynécologue)

Les cas de maladies graves posent également question aux professionnels :

L'homme dont le pronostic vital est fortement compromis, et dont l'espérance de vie est visiblement courte, tumeur cérébrale par exemple, est-ce qu'il faut prendre un couple en charge quand il y a cette situation-là, euh... y a des tas de situations comme ça qui posent problèmes. (Biologiste)

Un jour j'ai eu le cas dans le passé, d'un couple où le monsieur avait une épée de Damoclès sur la tête parce qu'il avait eu un cancer, il était en rémission, et sa femme voulait à tout prix un enfant. On lui avait, au CECOS ils lui avaient pris les paillettes avant de faire une chimio, souvent ils prennent avant. Donc après se pose, alors ils le prennent avant, mais après ils se posent pleins de questions les médecins, on le fait ou on le fait pas, est-ce qu'on fait un enfant qui risque de perdre son père ou est-ce qu'on... Et ça m'avait, j'avais trouvé ça très moche parce qu'il y avait une demande énorme de ce couple et ils ont été ballottés de médecins en médecins, d'éthique en éthique, enfin de commission en commission, au final ben ils ne l'ont pas eu cet enfant et personne n'a osé se

prononcer. Personne n'a osé accepter. On le fait, on ne le fait pas. Ça reste un gros problème de conscience. (Secrétaire)

Ces deux extraits permettent d'observer que les professionnels en statuant sur le droit ou non du couple à avoir un enfant par AMP, inscrivent leur réflexion dans une temporalité particulière : à partir de ce qu'ils observent de la situation présente, ils essaient d'appréhender la situation à venir pour l'enfant. Ils estiment qu'un enfant doit avoir deux parents, qui plus est, en meilleure santé possible. Les professionnels se demandent dans le dernier cas énoncé si le père ne risque pas de décéder tôt en raison de sa maladie. Ils ne souhaitent pas être à l'origine d'une situation qui serait, selon eux, non idéale pour l'enfant à venir, en l'occurrence ici, participer à la naissance d'un enfant qui sera orphelin d'un des deux parents. Plus généralement, dans toutes les situations énoncées, ils s'interrogent sur la capacité future des deux membres du couple à pouvoir élever un enfant. Les décisions qu'ils prennent sont donc en référence à la relation que l'enfant aura – supposément – avec ses deux parents. Ils prennent en compte la temporalité longue de l'engendrement.

D'autres situations encore très différentes interrogent les professionnels quant à la nécessité d'un recours à l'AMP, par exemple lorsque les couples ont déjà plusieurs enfants.

Je pense qu'avoir des enfants pour eux c'est un, c'est une chose essentielle dans la vie d'une femme, on a des comoriens qui viennent parfois quand on les interroge, enfin souvent c'est, j'ai 3 enfants au pays pour la femme, le mari enfin le conjoint parce qu'on ne sait pas trop si, il a pareil plusieurs enfants au pays, ils reviennent là ils veulent avoir des enfants ensemble, et ce n'est pas du tout la même culture aussi, donc on n'a pas vraiment à juger, il ne faut pas, on juge quand ça devient trop compliqué au niveau du nombre d'enfants, c'est au staff qu'on prend une décision, ce n'est pas à nous seul de dire non on ne les prend pas en charge. (Interne Gynécologue)

Après il y a les deuxièmes unions, donc ils ont souvent, on a des cas de figures où ils ont, c'est une stérilité, infertilité secondaire des deux, parfois que d'une, parce que madame elle peut avoir eu déjà des enfants, elle est en deuxième union, monsieur n'en a pas, donc là il y a une demande aussi, et vice-

versa. Et ça c'est discuté souvent au staff parce que des fois il y a toujours ce petit problème d'âge et ils insistent, oui mais monsieur n'en a pas d'enfant donc madame en a d'accord, bon. Et puis après il y a des cas où on estime qu'ils en ont beaucoup chacun de leur côté, ils en n'ont pas ensemble, mais suivant les cas de figures, ça aussi c'est discuté en staff parce que bon, est-ce que c'est raisonnable de leur faire des enfants encore dans tels ou tels cas. Voilà. (Secrétaire)

Dans les situations où les couples ont déjà plusieurs enfants, les professionnels estiment parfois qu'ils n'ont pas besoin d'une aide à la procréation. Du moins cela va dépendre des « *cas de figure* » comme le dit l'une des interviewés. Ces cas de figure peuvent être résumé ainsi : soit le couple a déjà eu plusieurs enfants ensemble, soit ils en ont plusieurs d'unions précédentes. Dans ce dernier cas, la prise en charge va dépendre du fait qu'un seul d'entre eux en a ou alors que les deux en ont déjà eu chacun de leur côté. La décision va aussi dépendre du nombre d'enfants présents au total.

Les problèmes litigieux par rapport au nombre d'enfant antérieur, c'est-à-dire que bon à tort ou à raison on a fixé à 5 le nombre d'enfants au total, c'est-à-dire même si le couple n'a pas eu d'enfant entre eux, si la femme a 3 enfants d'une première union et l'homme 2 enfants d'une première union, on estime que de toutes façons ce sont des enfants qui sont à charges pour le couple et à moins d'être multimillionnaire, élever 5 enfants c'est déjà pas mal. (Gynécologue obstétricienne – Andrologue)

À part les questions médicales, il y a des cas humains, des cas sociaux, qu'on peut discuter en staff. Ça arrive régulièrement, quand vraiment, bon je ne sais pas, on passe en staff par exemple vous savez en AMP, il faut bien réaliser qu'il y a beaucoup de couples recomposés aussi, donc monsieur, madame qui arrivent. Madame elle a trente et quelques années, elle a deux, trois enfants de son côté, monsieur il a deux ou trois enfants. À un moment donné c'est vrai qu'on se dit qu'est-ce qu'il faut faire là, alors bon, est ce qu'il faut faire une assistance à la... on a des cas comme ça, qui ne sont plus des cas médicaux où on est embêté parce que c'est pas forcément à nous à décider parce que si ces gens avaient procréé naturellement ils n'auraient pas demandé notre avis. Les cas sociaux, quand vraiment on voit que il n'y a pas du

tout de revenu des deux côtés, qu'ils ont déjà cinq enfants dont ils s'occupent pas ou placés, il y a des cas de figure comme ça aussi, « Vous avez trois ou quatre enfants ils sont avec vous ? » « Non parce qu'ils sont placés », c'est ça !
(Biologiste)

Une des questions posées par les professionnels est : « jusqu'à combien d'enfants pouvons-nous estimer qu'il est légitime d'apporter encore notre aide aux couples demandant une prise en charge ? ». Là encore la législation ne prévoit pas de limite et c'est donc aux professionnels de s'en fixer une. Mais il peut paraître intrusif de décider à la place d'un couple que ces derniers ont fait suffisamment d'enfants ou non. Ce problème est d'ailleurs énoncé par les professionnels. Ils décident donc au cas par cas, en prenant en compte à la fois des critères biologiques et des critères sociaux parmi lesquels le modèle de la famille déjà établie (première ou seconde union, nombre d'enfants) et le niveau socioéconomique.

Et vous n'aurez pas la même attitude, vous me parlez des couples recomposés, moi je pense que si vous avez une AMH effondrée chez une femme qui est effectivement dans un couple recomposé qui a déjà eu des grossesses, vous lui êtes à mon sens plus utile médicalement à lui faire comprendre que ben peut-être si tout est cohérent, il vaut mieux qu'elle s'occupe de ses enfants déjà et qu'elle fasse autre chose que de s'engager dans la PMA, alors qu'avec les mêmes dosages, vous allez plutôt soutenir une patiente qui a rencontré son mari à 40 et pour lesquels, même vous avez un bilan de base qui paraît entre guillemet normal, les trompes sont perméables, le sperme est normal, vous allez quand même peut-être lui proposer une prise en charge médicale réelle parce qu'effectivement dans le couple il n'y a pas d'enfant et puis que... Là ça me paraît plus légitime de mettre les moyens importants quitte à courir après un taux de succès plus faible.
(Biologiste)

Ainsi, à conditions physiologiques égales, même si elles sont peu encourageantes, les médecins ne formulent pas la même décision en fonction du profil social du couple demandeur (Bataille et Virole, 2013), notamment selon le fait qu'il ait déjà des enfants ou non.

En faisant reposer leurs décisions de prise en charge sur des référents biologiques, mais aussi sociaux, les professionnels montrent qu'ils n'agissent pas seulement en tant que techniciens se préoccupant du seul acte procréatif. L'enjeu pour eux n'est pas seulement de prendre en compte les conditions biologiques qui permettront la procréation, ils prennent également en compte les conditions sociales dans lesquelles l'enfant naîtra, en référence à la « norme procréative ». L'enjeu pour eux n'est pas seulement la procréation mais aussi l'*engendrement*.

Dans le cadre de son étude sur la pratique de l'avortement, Luc Boltanski montre que la procréation humaine ne peut être circonscrite au seul fait physiologique, à la seule dimension biologique de la reproduction (2004). Elle est toujours et nécessairement inscrite dans des significations et des valeurs, dans un processus relationnel complexe, ce qu'il désigne par la notion d'*engendrement*. L'enquête auprès des professionnels de l'AMP révèle également la dimension toujours éminemment sociale du fait reproductif (Théry, 2011). Alors que les directives qui sont fixées aux médecins par le cadre bioéthique ne reposent que sur des référents biologiques, dans les faits, ils prennent toujours aussi en compte l'*engendrement*, constitutif de la procréation humaine. Nous voyons que les professionnels décident des prises en charge non seulement en tentant d'évaluer les capacités biologiques à procréer des personnes, soit en examinant les éventuelles défaillances dans la procréation. Ils tentent également de cerner les éventuelles « défaillances d'*engendrement* », liées aux conditions sociales et matérielles dans lesquelles les parents mettront au monde leur enfant (Boltanski, 2004).

Pourtant, la *dimension sociale* de la prise en charge de l'infertilité demeure évacuée du modèle normatif de référence, ce qui conduit les professionnels à tenir un discours ambivalent. Par exemple, alors qu'ils expliquent que l'AMP est de façon générale une médecine « de confort », ce terme est en même temps déployé comme un argument de refus des demandes de prise en charge qui n'entrent pas dans le cadre de la « norme procréative ». Le cadre socioéconomique et la question du bien-être de l'enfant à venir peuvent en effet générer des refus de prise en charge, par-delà les critères biologiques non excluant de certains couples.

La plupart des dilemmes exprimés par les professionnels tiennent au fait que l'AMP est une technique médicale tendue entre un pôle qualifié « de soin » et un pôle qualifié de « confort ». Pourtant, cette tension est inéluctable, dès lors qu'au-delà de la

prise en charge des maladies, du traitement des pathologies, le rôle de l'AMP est aussi d'accroître le bien-être de la population. Dans un tel contexte, les cadres légaux des prises en charges ont été laissés volontairement flous (être « vivant », « en âge de procréer »), confiant aux professionnels la responsabilité de définir des cadres d'action plus précis. Ils doivent alors tenter de concilier un ensemble de références « naturalistes » valorisées par le modèle thérapeutique français d'AMP et un ensemble de références sociales qui ne s'imposent pas moins à eux. Dans cette difficile combinaison, ce n'est pas la règle collective qui prévaut, mais la singularité individuelle (Tain, 2005 ; Mathieu, 2013). Et dans ces décisions au cas par cas, « les raisons cliniques s'articulent avec les logiques sociales des acteurs », ce qui amène à s'interroger sur l'égalité sociale dans le processus d'AMP (*Ibid.* : 7).

2. LA DIMENSION RELATIONNELLE DE L'INFERTILITÉ : LA PRISE EN CHARGE D' « UN COUPLE »

L'AMP, telle qu'elle se pratique, montre par-delà son cadre normatif, que la prise en charge est toujours dépendante de critères sociaux. La référence à la « norme procréative » pour décider de prendre en charge ou non certaines infertilités en témoigne. Mais il est une autre situation, s'observant à travers la pratique des professionnels, qui montre l'importance de la dimension sociale de la reproduction et de l'infertilité. Il s'agit de la place qu'ils donnent en toutes circonstances au *couple*. Ils ne traitent pas des *personnes infertiles* mais des *couples infertiles*. Les professionnels présupposent de cette manière qu'il n'y a pas d'infertilité en dehors de l'entité *couple*. Ils révèlent de cette manière la complexité des notions de fertilité et d'infertilité qui met en jeu non seulement le corps au sens *biologique*, mais aussi le corps dans sa dimension *relationnelle* (prise en charge de corps de personnes devant avoir une vie conjugale, sexuelle et reproductive).

La prise en charge de couples (hétérosexuels) est une condition du cadre légal de l'AMP qui n'autorise pas l'accès aux personnes célibataires. Pour autant, l'action des médecins va plus loin encore. Ils ne se contentent pas en effet de n'accepter que des

couples, ils les considèrent de bout en bout de la prise en charge comme l'entité à traiter, englobant ses composantes que sont l'homme et la femme. Ils font en sorte d'impliquer les deux partenaires tout au long du processus, même lorsque cela n'a rien d'évident. Les médecins traitent des corps, agissent sur eux mais ont conscience d'une dissymétrie dans leur traitement. Ils interviennent en effet principalement sur le corps des femmes, et ce quelque soit l'origine de l'infertilité, qu'elle soit masculine ou féminine. La technique médicale a atteint son objectif lorsqu'elle a permis à la femme d'être enceinte. Conscients de cette profonde asymétrie entre hommes et femmes, les médecins vont essayer de l'atténuer tout en tentant d'atteindre cet objectif. Pour cela, ils essaient d'encourager voire d'obliger l'homme à s'impliquer dans toutes les étapes du parcours d'AMP et s'efforcent de s'adresser au « couple ».

On insiste avec eux sur le fait, qu'il faut qu'ils soient à deux au minimum, qu'on veut que le mari soit partie prenante des décisions et aussi engagé que la femme. (Gynécologue)

Je ne leur dis jamais « il y a un problème masculin », j'emploie jamais ce « problème », je dis toujours qu'il y a une hypofertilité, qu'il y a une fertilité du couple un peu diminuée. Et c'est vrai que j'insiste toujours, moi j'insiste toujours sur « c'est le couple ». Je dis pas « je vois madame, je vois monsieur », c'est « je vois le couple ». Alors peut être que du coup, j'élimine les asymétries et les questions. (Gynécologue)

Puis je crois, enfin je ne sais pas eux, je ne sais pas eux comment ils le vivent entre eux au sein du couple mais je sais que nous rapidement on ne parle plus du tout de la personne qui est à l'origine de l'infertilité, quand il y en a une hein parce que parfois ce sont les deux, et bon après on prend vraiment en charge le couple dans sa globalité puisque de toute façon c'est le cas, c'est la rencontre des gamètes, c'est donc à la limite nous après ça change rien que ce soit un problème tubaire ou de sperme. (Gynécologue obstétricienne-Andrologue)

C'est un couple qu'on prend en charge, ce n'est pas deux individus en parallèle qu'on prend en charge, ici c'est vraiment des couples. (Biologiste)

Alors nous on rencontre le couple. Nous on rencontre le couple puisque nous on reçoit les gens, les couples, à partir du

moment où leur dossier clinique-gynéco est ficelé, donc il y a la consultation avec les biologistes et il est impératif que le couple, enfin que les personnes viennent en couple. Quand la personne vient, quand la dame vient en disant ben mon mari il n'a pas pu venir parce qu'il travaille, on leur dit bon ben on va vous recevoir parce que vous êtes là, on ne va pas vous laisser rentrer chez vous mais vous aller reprendre un autre rendez-vous nous on veut voir le couple, il est important de discuter avec le couple. (Secrétaire)

Par la façon dont les professionnels de l'AMP parlent des personnes qu'ils prennent en charge, l'on observe donc l'importance qu'ils accordent à l'entité *couple*. De ce fait, on semblerait presque oublier que l'essentiel de la technique ne repose que sur le corps féminin. Ceci est fait dans le but notamment de pallier aux asymétries fortes présentes au sein d'un parcours d'AMP. Ils adoptent alors une stratégie que nous pouvons qualifier de stratégie d'« englobement ». Afin de prendre en compte également l'homme, ils s'adressent à une entité transcendant les deux entités composant le couple : ils traitent et s'adressent à « un couple ».

De surcroît, ils mettent en place des dispositifs qui permettent d'impliquer plus concrètement les hommes dans le parcours d'AMP. En pratique, la seule action indispensable pour laquelle ces derniers doivent être présents est le recueil de sperme, dans un premier temps pour l'examen, puis dans un second temps le jour de l'insémination ou de la FIV s'il s'agit d'une AMP intraconjugale. Toutefois, les professionnels ont créé d'autres moments du parcours où la présence de l'homme a été rendue obligatoire : les premiers rendez-vous avec le gynécologue et le biologiste, la réunion d'information, le port de la mallette après la ponction ovarienne de la femme (dans les cas de FIV), le transfert d'embryon dans l'utérus de la femme (dans les cas de FIV). En ce qui concerne le port de la mallette, ce rôle attribué aux hommes est une spécificité d'un des deux centres enquêtés, le centre A :

Le jour de la ponction ils doivent être là parce que c'est le jour où ils font leur recueil de spermatozoïdes. Et puis c'est eux qui vont récupérer la mallette au bloc opératoire et qui la rapportent au labo.

Enquêtrice : Qu'est ce que vous avez dit sur la mallette ? Ça nous intéresse.

Ah, la mallette, alors, en fait, quand il y a une ponction ovarienne, donc pour aller récupérer les ovocytes dans le

cadre de la FIV ou de l'ICSI, les patients donc viennent le matin à sept heure ici, traversent la cour sur un brancard parce qu'elles vont être au bloc opératoire, la ponction se fait au bloc opératoire, sous anesthésie locale ou générale, et en fait il y a un système d'aspiration – ponction , donc on a comme une sonde endovaginale comme pour faire les écho, qu'on met dans la vagin avec une aiguille au bout, et on va piquer les ovaires et on va aspirer un liquide qu'est le liquide folliculaire dans lequel baigne l'ovocyte. Donc ça c'est récupéré et mis dans une ...on appelle ça une mallette ...mais c'est peut être mal dit ...c'est mis en fait dans une boîte qui garde la température à 37 degrés, parce qu'en fait les ovocytes ça supportent pas très bien les changements de température et comme des fois comme il faut traverser on ne peut pas les transporter comme ça. Donc ils sont mis dans des tubes stériles, bouchés, mis dans cette petite mallette, et les patients récupèrent, comme un petit thermos en fait, récupèrent ça, et la portent au labo.

Enquêtrice : C'est eux qui la transportent ...?

C'est le monsieur qui récupère ça pour madame.

Enquêtrice : C'est manifestement une règle que le service s'est donné ? Que c'est le mari qui récupère ...

*Alors oui, moi le centre où j'étais avant il n'y avait pas l'intervention du mari parce qu'en fait la salle de ponction était mitoyenne du laboratoire, donc c'est nous qui passions par un passe-plat directement les tubes, le laboratoire les récupérerait. Après je ne sais pas comment ça se passe dans d'autres centres ... après voilà, je pense que les biologistes pourront plus vous donner l'historique de la mise en place de ça, moi j'ai toujours connue ça, qu'effectivement c'était monsieur qui était présent, qui récupérerait les ovocytes de madame et qui venait nous les apporter. C'est vrai que oui... maintenant que je le dis comme ça me paraît effectivement...
(Gynécologue)*

S'il y a une raison pratique à cela par rapport à la disposition des bâtiments, le cas du port de la mallette est particulièrement illustratif d'un rôle créé de toute pièce pour favoriser l'implication des hommes. Ce sont eux qui ont la charge de transporter le prélèvement folliculaire contenant les ovocytes dans une mallette réfrigérée du bloc opératoire au laboratoire.

Le corps féminin étant au cœur du processus d'engendrement par AMP, la participation de l'homme fait l'objet de tout un travail volontaire de sa part et de la part des médecins. Pour transcender les asymétries qui persistent malgré tout entre hommes et femmes dans le parcours d'AMP compte tenu de leurs implications physiques très différentes (les traitements hormonaux, la ponction ovocytaire, les échographies et prises de sang régulières, le transfert d'embryons se font en effet sur la corps de la femme), les professionnels mettent au premier plan l'entité englobante du couple.

Cette stratégie d'englobement montre là encore la prégnance de la dimension sociale et relationnelle de la reproduction dans la pratique des professionnels. Alors qu'ils sont chargés de mettre en place une prise en charge « thérapeutique » pour traiter une infertilité « pathologique », ils ne cessent de se préoccuper de reconstruire un système d'engendrement dérivé du modèle social hétéronormatif de la reproduction. Également en référence à la « norme procréative » plaçant l'entité couple au cœur du projet procréatif, ils tentent en effet d'instaurer une place aux hommes dans le processus procréatif par AMP qui ne se réduise pas à une seule participation physique. Ils attendent d'eux une participation systématique, par-delà la nécessité biologique. Cela garantit pour les médecins une certaine conformité au cadre légal comme à la norme procréative et ainsi, une légitimité à traiter les couples qu'ils prennent en charge. Sans cette présence masculine, l'existence même du couple et ainsi, la légitimité de sa prise en charge, peut effectivement être questionnée.

Il arrive dans des cas peu fréquents de commencer à avoir des doutes sur le désir de l'homme de participer à cet acte de reproduction...quand on ne le voit pas, qu'il est perpétuellement absent et que hein...on se pose la question si vraiment il y a un homme derrière quoi... (Biologiste)

L'absence d'implication de l'homme dans le parcours d'AMP met donc en question sa participation au projet d'enfant, son désir d'enfant, voire fait peser le soupçon d'avoir affaire à un « faux » couple.

L'importance de la dimension relationnelle de l'engendrement par-delà le seul acte procréatif est prégnante dans le processus d'AMP. Elle est en effet centrale dans les discours des professionnels. Par ailleurs, leurs propos témoignent de la complexité de la notion d'infertilité, qui ne se résume pas à la définition strictement

« naturaliste » qu'en donne le cadre légal de référence. Dans la pratique, les médecins n'agissent pas sur des corps « biologiques » isolés du monde social, ils prennent en charge des personnes en couple. Plus encore, selon leurs discours, ils traitent des *infertilités de couple*. Ils témoignent ainsi de l'importance accordée à la dimension relationnelle de l'infertilité.

Le modèle bioéthique encadrant l'AMP n'est pas le seul référent guidant les pratiques des professionnels. Ces derniers, faisant face à des pratiques sociales, ne peuvent ignorer la dimension sociale, relationnelle et temporelle constitutive de l'engendrement. Ils agissent en tenant également compte de la « norme procréative » et non seulement en fonction de la caractérisation des infertilités comme étant « normales » ou « pathologiques ». Ils prennent en effet en charge les couples au regard de la qualité de la relation qu'ils pourront supposément entretenir avec l'enfant à venir. Ainsi, si les membres d'un couple sont en difficulté économique, en mauvaise santé, ont déjà plusieurs enfants, des problèmes d'addictions, pour ne citer que quelques exemples, la prise en charge pourra être refusée, malgré la conformité physiologique aux conditions de la norme bioéthique. Ces critères de prise en charge ne sont pas présentés comme étant des conditions formelles et explicites de refus en AMP. Ainsi ces derniers jonglent avec de multiples référents et se trouvent parfois en tension lorsque ces normes de référence apparaissent en désaccord.

Ces référents ne sont pas centraux uniquement lors de la décision d'acceptation ou de refus de la prise en charge. Nous les retrouvons plus largement tout au long du parcours d'AMP. Par exemple, lorsque les professionnels considèrent qu'un des membres du couple, en l'occurrence l'homme, ne participe pas au parcours d'AMP, alors son rôle en tant qu'« engendreur » est questionné : sera-t-il présent au côté de l'enfant une fois sa mise au monde ?

Ce chapitre dévoile et questionne la complexité de la prise en charge en AMP et des notions de fertilité et d'infertilité, et révèle des pratiques contrastées par rapport aux discours tenus sur l'infertilité féminine liée à l'âge. Les décisions de prise en

charge ne reposent pas dans les cas observés dans ce chapitre sur la dimension strictement « pathologique » de l'infertilité dans un cadre « naturel » de procréation. En effet, la première partie montre la *dimension sociale de la prise en charge* en AMP : les conditions pour élever l'enfant à venir sont centrales dans l'élaboration de la décision d'acceptation. La seconde partie montre *la dimension sociale de l'infertilité* : l'infertilité prise en charge en AMP n'est jamais strictement appréhendée comme un *problème biologique* à traiter. Les professionnels, en ne traitant pas un *corps infertile* mais un *couple infertile*, montrent d'une autre façon que ce n'est pas seulement la procréation qui en jeu pour eux, soit le fait de rendre une femme enceinte, mais plus largement, l'*engendrement*, soit le fait de rendre un couple *parent* d'un enfant. Ainsi, l'AMP telle qu'elle se pratique met en jeu non seulement le corps au sens de biologique, mais aussi le corps d'une personne, ayant une vie sexuelle et reproductive, autrement dit, le corps dans sa *dimension relationnelle* (Breton, 2006).

Ce chapitre a ainsi permis de questionner la notion d'infertilité dans les situations de prises en charge qui entrent *dans* le cadre du modèle bioéthique. Nous avons pu souligner l'existence d'un *écart* entre les pratiques de prise en charge des professionnel et leurs discours sur les limites d'acceptation de l'infertilité féminine liée à l'âge. Nous proposons à présent d'approfondir l'étude des pratiques de prise en charge des infertilités considérées comme étant aux *frontières* du cadre légal. Nous allons examiner, par-delà leurs discours sur l'infertilité liée à l'âge, quelles actions ils mènent lorsqu'ils ont à traiter des infertilités à la frontière du « normal » et du « pathologique ».

Chapitre 7 : La pratique des professionnels : par-delà l'opposition normal/pathologique

En étudiant les différents types d'indications médicales qui permettent concrètement une prise en charge de l'infertilité en AMP, nous constatons l'existence de profonds écarts entre le cadre bioéthique de référence, les discours et les pratiques médicales. Dans les faits, nous voyons des professionnels qui agissent en dehors du cadre bioéthique. Rappelons que ce dernier, opposant infertilité « normale » et « pathologique » pour distinguer les prises en charge illégitimes et légitimes, repose sur une vision « naturaliste » de la reproduction. Seuls les couples hétérosexuels en « âge de procréer » pour lesquels « la dimension pathologique de l'infertilité doit être médicalement diagnostiquée » peuvent avoir accès à l'AMP. Pourtant, en de nombreuses circonstances, ils acceptent de s'occuper des couples dont l'infertilité n'entre pas strictement dans cette définition.

En présentant trois exemples de prise en charge d'infertilités dont l'indication ne semble pas rigoureusement « pathologique », la première partie expose comment les médecins agissent au-delà de la stricte opposition entre « normal » et « pathologique ». Les cas d'infertilités dites « inexplicables », de grossesses spontanées chez les couples considérés comme infertiles et les cas d'infertilités féminines liées à l'âge illustreront notre propos. Par ces exemples, nous allons voir qu'en pratique, les professionnels ne peuvent faire autrement que s'inscrire par-delà l'opposition normal/pathologique, questionnant ainsi le modèle bioéthique.

En approfondissant l'étude du traitement de l'infertilité liée à l'âge des femmes dans une deuxième partie, nous observons que l'action des professionnels s'inscrit dans un rapport particulier au temps. Ils entament une « course contre la montre » et tentent, dans une certaine mesure, de repousser les limites de l'infertilité « naturelle ». Ils accélèrent en effet le rythme habituel du parcours d'AMP afin d'agir au plus vite avant que l'infertilité liée à l'âge ne s'amplifie davantage. Nous observons alors que la

question n'est pas : agissent-ils à l'intérieur ou en-dehors du cadre bioéthique guidant leurs pratiques ? Leur action n'entre en réalité ni tout à fait dans le cadre de l'« AMP légitime » face à une infertilité « pathologique », ni tout à fait dans le cadre de l'« AMP de convenance » face à une infertilité « normale ». Ils agissent dans une *zone grise* de l'infertilité. Ce constat questionne l'infertilité en tant que catégorie figée et absolue, car les professionnels ont à faire à une altération de la fertilité en cours, et il révèle ainsi sa dimension temporelle. Or, c'est précisément ce qui explique l'action des médecins : dans cette *zone grise*, où la temporalité de l'infertilité est en jeu, leur action va consister à lutter contre le temps en tentant d'agir, dans une certaine mesure, sur les limites temporelles de la fertilité féminine.

Ce chapitre montre que l'opposition normal/pathologique sur laquelle repose le modèle bioéthique de référence ne s'avère pas toujours opérante dans la pratique. Nos résultats questionnent la vision binaire de l'infertilité. Dans les faits, nous voyons qu'elle ne peut être réduite à cette distinction qui ne prend pas en compte la dimension temporelle de la fertilité et de l'infertilité. Il s'agit d'un processus progressif, or, cet aspect est ignoré du cadre bioéthique avec lequel les médecins doivent composer.

1. LA PRISE EN CHARGE S'EMANCIPE DE L'OPPOSITION ENTRE LES DEUX INFERTILITES

Les professionnels de l'AMP ont conscience d'agir par-delà les frontières du modèle bioéthique en traitant des infertilités qui sortent d'un cadre strictement « pathologique ». Plusieurs situations amènent à réaliser ce constat. Parmi elles, les infertilités « inexplicables » ; la survenue des « grossesses spontanées » y compris lorsqu'une infertilité est médicalement diagnostiquée ; ou encore, les infertilités liées à l'âge.

a. Les infertilités inexplicées

La prise en charge des infertilités dites « inexplicées » en AMP, loin d'être un fait anecdotique est une situation très fréquente. Elles représentent une part régulière des recours à l'AMP.

Enquêtrice : Et vous me confirmez qu'a priori 25% des causes d'infertilité sont liées à des infertilités masculines, 25% à des infertilités féminines, 25% infertilités inexplicées et il me manque un 25%, alors ce n'est peut-être pas ça... ?

En gros, je dirai que c'est un tiers, un tiers, un tiers, en sachant que il reste à peu près 10% d'infertilités inexplicées, il y a des gros tiers et des petits tiers et il y a environ 10% d'infertilités inexplicées.

Enquêtrice : D'accord, 10% c'est moins que je pensais. Et le reste c'est soit masculine, soit féminine, soit les deux ?

Voilà, féminine, masculine, et mixte. Ce qui fait qu'en gros, dans un petit 50% des cas, un tout petit 50% des cas il peut y avoir une cause masculine qui peut être trouvée et dans un petit 50% des cas aussi, il y a une cause féminine qui est retrouvée. Quelquefois c'est seul, quelquefois c'est associé à l'autre. (Gynécologue – Enquête 2014)

Cette estimation est relativement proche de celle réalisée au niveau national : « la formalisation des indications médicales de FIV laisse échapper une catégorie résiduelle des « stérilités idéopathiques » ou stérilités inexplicées qui représentent nationalement environ 15% de l'ensemble des indications. » (Tain, 2005 : 13). Mais que désigne plus précisément la notion d'infertilité « inexplicée » ?

Cette catégorie d'infertilité fait référence aux situations dans lesquelles aucun des deux membres du couple, suite aux examens médicaux, n'a une quelconque pathologie diagnostiquée. Tout semble fonctionner correctement pour les deux. Toutefois, l'action des médecins ne s'arrête pas à ce constat et se poursuit par une prise en charge en AMP.

Après, parmi les couples chez qui effectivement il y a une infertilité, dans certains cas on trouve une cause à cette infertilité et on les prend en charge. Quelquefois, on ne trouve pas de cause à l'infertilité et on les prend en charge. (Gynécologue)

L'argument alors déployé pour expliquer l'acceptation du couple dont l'infertilité n'est pas médicalement avérée, repose sur une définition de l'infertilité plus englobante que celle élaborée par le cadre légal de l'AMP.

Est-ce que ne pas avoir d'enfants est une maladie ? On n'est pas malade. Enfin les gens sont en souffrance mais ils ne sont pas malades. (...) Alors pour l'OMS c'est une pathologie. Moi j'avoue qu'elle est pratique la définition de l'OMS ça permet au moins de faire rentrer les gens dans quelque chose, on les prend en charge car on rentre dans une pathologie qui est un an de rapports sexuels réguliers sans contraception pas d'enfants. Donc ça ils sont infertiles. Donc c'est vrai que moi j'attends jamais 2 ans. Jamais. Ça c'est les vieux trucs, c'est les vieux gynécos qui attendent 2 ans. Et j'attends d'autant moins que la femme est âgée et qu'on sait que la réserve ovarienne est altérée. Je préfère attendre 2 ans à 25 ans, quoique c'est long, je me mets à la place de la femme, quand on a envie d'un enfant attendre 2 ans c'est long. Ce serait plus logique de... Mais attendre longtemps même si on sait qu'on va prendre en charge des gens dont l'infertilité est totalement physiologique, puisqu'elle est liée à l'âge et on sait qu'à cause de la baisse de la qualité des ovocytes et des... Non je dis une bêtise parce qu'à 25 ans 2 ans d'infertilité c'est totalement anormal, en revanche à 25 ans il faut être enceinte rapidement donc un an d'infertilité à 25 ans c'est aussi pathologique.
(Gynécologue-Obstétricienne – Enquête 2014)

Pour l'OMS tout comme pour les professionnels de l'AMP, le seul fait de ne pas parvenir à avoir d'enfant après une période d'au moins un an avec des rapports sexuels réguliers permet de caractériser l'infertilité et justifie une prise en charge, même si la dimension « pathologique » de l'infertilité n'est pas médicalement avérée. Dans ce cas, aucun diagnostic « pathologique » n'est posé, néanmoins le seul fait que le couple ne parvienne à procréer, est en soi considéré comme anormal et l'anomalie semble, au même titre que la pathologie, justifier ici la prise en charge. Pourtant comme Canguilhem le précise, l'anormal n'est pas le pathologique (1966 [1943] : 85). Il explique que l'anomalie « est une irrégularité comme il y a des irrégularités négligeables d'objets coulés dans un même moule. Elle peut faire l'objet d'un chapitre spécial de l'histoire naturelle, mais non de la pathologie. » (*Ibid.* : 84). Canguilhem

explique par ailleurs qu'à la différence de l'anomalie, « le propre de la maladie c'est de venir interrompre un cours, d'être proprement critique. Même quand la maladie devient chronique, après avoir été critique, il y a un autrefois dont le patient ou l'entourage garde la nostalgie. On est donc malade non seulement par référence aux autres, mais par rapport à soi. » (*Ibid.* : 87). Dans le cas de l'infertilité, on observe un écart avec cette définition de la maladie. Car ce qui caractérise l'infertilité n'est pas l'interruption du cours des choses, mais le constat que le cours des choses demeure à l'identique. Aucun changement dû à l'état de grossesse n'est observé, c'est la permanence physiologique qui est à l'origine d'une prise en charge médicale. Suite aux examens, un diagnostic est parfois posé. Mais dans le cas des infertilités « inexplicables », c'est bien la seule anomalie de ne pas avoir d'enfant qui légitime la prise en charge, alors même que les examens médicaux conduisent au constat d'une permanence physiologique.

(...) ce qui fait la PMA c'est la fertilité et l'aide qu'on peut apporter aux gens. Donc vous avez pour faire simple des situations où il y a une impasse maternelle, des trompes bouchées, altérées, tout ce qu'on veut, et donc vous êtes dans le cadre de l'indication utile de la fécondation in vitro, dans ce cadre là vous luttez contre un 0 au naturel et puis une probabilité qui va osciller selon l'âge maternel et qui peut effectivement descendre très bas. Mais elle aura entre guillemets toujours sa place. Vous avez de l'autre côté les infertilités masculines qui relèvent de l'ICSI bon ben c'est facile là aussi, monsieur il ne peut rien espérer naturellement il faut passer par la FIV et même réflexion, l'âge de madame va conditionner le taux de succès, donc vous allez avoir de très bon cas parce que quand on s'aperçoit qu'un homme est infertile souvent les couples s'en aperçoivent quand ils sont encore assez jeunes, pour nous c'est quand même la trentaine mais ils sont jeunes, et puis après si la patiente, si la compagne ou la femme a 43 ans on a beau passer à l'ICSI pour une indication masculine à nouveau on est dans l'impasse des succès. Et puis il y a le fourre tout du milieu où c'est un petit peu d'infertilité féminine, c'est du masculin sans en être vraiment bien étiqueté, la PMA on ne sait pas quelle est vraiment sa place, en tout cas ce n'est pas une place médicale. (C'est-à-dire ?) Ben il n'y a pas de facteurs que vous pouvez corriger ou contourner. Vous êtes dans une indication qui est floue. (C'est ce qu'on peut appeler les infertilités

inexpliquées ?) *Ben inexpliquées ça part du principe que tout le bilan est bon entre guillemets, vous avez exclu toutes causes connues et traitables.* (Biologiste – Enquête 2014)

Cet extrait montre que le diagnostic médical des causes de l'infertilité n'est pas utilisé dans le but de sélectionner les seuls couples ayant une infertilité « pathologique ». Il sert davantage à orienter l'action des médecins pour entamer la prise en charge de l'infertilité, qu'elle soit médicalement expliquée ou non.

La prise en charge et le traitement de l'*anomalie* au même titre que la *pathologie* peut s'expliquer par le fait que les techniques médicales mobilisées n'ont rien de *thérapeutique*. Dans la majeure partie des cas, ces techniques ne guérissent pas mais contournent le problème, elles pallient l'infertilité sans pour autant la résoudre (Franklin, 1997 ; Théry, 2011). Dans ce contexte, le traitement de l'*anormalité* trouve facilement sa place. Toutefois, même si tous types d'infertilité sont pris en charge, le rôle de l'AMP demeure perçu comme médical dans le cas des infertilités considérées comme « pathologiques », tandis que comme le signifie le biologiste, dans les cas des infertilités inexpliquées, la place de l'AMP « *n'est pas une place médicale* ».

b. Les grossesses spontanées

Il est une autre situation régulièrement rapportée par les professionnels de l'AMP qui témoigne d'actions médicales n'intervenant pas dans un cadre strictement « pathologique ». Il s'agit du constat de l'apparition de « grossesses spontanées » chez les couples en parcours d'AMP. Ce terme désigne les grossesses survenues naturellement, en dehors du cadre de l'intervention médicale. Elles apparaissent parfois au cours du parcours d'AMP, entre deux tentatives d'AMP, voire après la fin du parcours, lorsque toutes les tentatives ont été réalisées, parfois sans résultat. Ces grossesses spontanées peuvent survenir y compris dans des cas pour lesquels les médecins ont pourtant diagnostiqué clairement une pathologie pour expliquer l'infertilité.

(...) dans un petit 50% des cas, un tout petit 50% des cas il peut y avoir une cause masculine qui peut être trouvée et dans

un petit 50% des cas aussi, il y a une cause féminine qui est retrouvée. Quelquefois c'est seul, quelquefois c'est associé à l'autre. Mais malgré ça, certains couples quelquefois après les cycles d'AMP, ils arrivent à avoir une grossesse tranquillement.

Enquêtrice : C'est vraiment quelque-chose qui est raconté très souvent. Est-ce que c'est quand même anecdotique ?

Non, je crois que ce n'est pas anecdotique. Je crois que ce n'est pas du tout anecdotique. Mais même, voyez, les femmes qui sont en insuffisance ovarienne, réelle, et qui sont par exemple en attente de don d'ovocytes, il y en a 5% qui tombent enceintes spontanément. 5%, tout le monde le dit. Ce n'est pas nul comme chance de grossesse. Quelquefois, moi j'en ai eu une ou deux à rayer de la liste d'attente parce que grossesse spontanée, alors qu'on est assez drastique quand même sur les critères d'inclusion en don d'ovocyte, mais bon 5%, c'est connu. (Gynécologue – Enquête 2014)

Et je dirais que, quelquefois mais quelle que soit en fait l'histoire du couple, après un parcours de prise en charge en AMP, qui ne s'est pas fini par un succès, il arrive à certains couples aussi d'avoir des grossesses spontanées. Qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas eu de cause à leur infertilité antérieure. Ce qui prouve aussi que, quelque part, le temps est toujours un facteur important. Et que finalement, un couple qui constate à un certain moment une infertilité, et bien, en fait plus il va attendre et plus il va être patient, en fait, plus il va avoir de chances d'avoir une grossesse qui démarre. (Gynécologue – Enquête 2014)

Une étude quantitative française publiée en 2012 s'intéressant au devenir des couples après un parcours d'AMP a permis d'évaluer la part des grossesses spontanées (Troude *et al.*, 2012). Cette étude rapporte que parmi les couples ayant eu une naissance dans le cadre du parcours d'AMP, 17 % d'entre eux ont par la suite eu une grossesse spontanée, sur une durée médiane de 6 ans. Parmi les couples pour lesquels l'AMP n'a pas permis d'obtenir une naissance, 24 % d'entre eux ont obtenu une grossesse spontanée, sur une durée médiane de 7 ans. Ces données vont dans le sens des propos tenus ci-dessus par le médecin gynécologue. Elles confirment également que le temps est un facteur important dans la survenue de grossesse spontanée et ainsi, dans la réussite du projet parental.

Les survenues de grossesses spontanées, notamment lorsque l'AMP a échoué et que l'infertilité était expliquée, questionnent la capacité de la médecine à poser un diagnostic médical et à y répondre efficacement. Laurence Tain précise à ce propos que « le caractère prédictif du diagnostic s'avère peu opératoire pour anticiper les grossesses spontanées qui semblent survenir indépendamment de la nature des indications médicales. » (Tain, 2005 : 13). Les médecins ont conscience que pour l'ensemble des cas qu'ils prennent en charge, malgré le diagnostic et l'indication d'infertilité, une part d'incertitude, d'inconnu, demeure, sur laquelle ils n'ont que peu de maîtrise. L'apparition de grossesses spontanées y compris lorsque le couple est en attente d'un don de gamètes en est l'exemple le plus frappant. Mais nous observons également cette incertitude à travers les nombreux échecs inexplicables, ou encore à travers la mobilisation d'explications d'ordre psychologique lorsque les médecins ne parviennent à fournir d'explication médicale.

Ainsi, les grossesses spontanées amènent à s'interroger sur la dimension « pathologique » des infertilités diagnostiquées comme telle, et sur la capacité de l'AMP à pallier les problèmes d'infertilité, y compris dans les cas où l'indication médicale est connue et claire.

c. Les infertilités féminines liées à l'âge

Une troisième situation illustre l'écart existant entre le modèle normatif de référence basé sur l'opposition normal/pathologique et la pratique médicale des professionnels de l'AMP. L'étude des discours des médecins sur leurs pratiques amène progressivement à questionner ce modèle et son application. Nous observons en effet que, bien que leurs discours s'inscrivent dans la continuité du modèle normatif de référence, pour autant, à l'épreuve des faits, ils s'en détachent. La distinction théorique entre infertilité « pathologique » et infertilité « normale » apparaît comme non opérante dans certaines situations, en raison notamment de la difficile caractérisation de l'infertilité comme pathologie. La science reproductive n'a pas une connaissance et maîtrise absolue du processus procréatif, les médecins agissent donc pour une large part dans l'inconnu. Après avoir réalisé ce constat en

étudiant les cas d'infertilités inexplicées et de grossesses spontanées, nous allons voir que l'infertilité féminine liée à l'âge est particulièrement révélatrice de l'incertitude médicale dans laquelle les professionnels ont parfois à décider et agir.

Le traitement de l'infertilité féminine liée à l'âge, loin d'être anecdotique, représente une part non négligeable et régulière des prises en charge en AMP. Les dernières données disponibles sont celles correspondant aux fécondations *in vitro* réalisées au cours de l'année 2014 : 15 % des femmes prises en charge en FIV en France cette année-là étaient âgées de 40 ans ou plus⁴³. Les données pour la région Provence-Alpes-Côte-D'azur dans laquelle se situent les deux centres enquêtés sont équivalentes (15 %). L'altération de la réserve ovarienne augmentant fortement dès 35 ans et pouvant être très importante à 38 ans, précisons la part des femmes en AMP à partir de ces âges-là : 46 % (47 % pour PACA) des femmes prises en charge en FIV cette année-là étaient âgées de 35 ans et plus, 26 % (27% pour PACA) étaient âgées de 38 ans et plus.

Rappelons ici que l'infertilité féminine liée à l'âge désigne les situations dans lesquelles l'infertilité apparaît en raison de l'altération physiologique de la réserve ovarienne des femmes, qui est progressive au fil de l'avancée dans les âges. Cette infertilité n'est pas considérée comme « pathologique » puisque liée au fonctionnement « normal » du corps, au processus naturel de vieillissement. Pour autant elle fait tout de même l'objet d'une prise en charge de la part des professionnels, dans la limite du cadre administratif posé par la sécurité sociale (jusqu'au 43^{ème} anniversaire des femmes). La prise en charge malgré le caractère non « pathologique » de ce type d'infertilité s'explique par différentes raisons. La première étant que les médecins semblent appliquer également dans ces cas le principe présenté plus haut selon lequel une période de tentatives de procréation par le couple lui-même sans résultat suffit à caractériser l'infertilité, selon la définition que

⁴³ Données publiées par l'Agence de la biomédecine chaque année, disponibles sur son site internet.
URL : https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/provence-alpes-cote_d_azur2014.pdf

(Dernière consultation le 05/05/2017)

l'OMS en donne⁴⁴. Les médecins s'appuient en effet sur cette dernière pour affirmer que le critère de tentatives infructueuses du couple conduit à caractériser l'infertilité et à légitimer une prise en charge.

Après 40 ans ce n'est pas pathologique, c'est physiologique mais on prend quand même en charge parce que l'infertilité est une pathologie, c'est là où on est un peu coincé. L'infertilité est une pathologie pour l'OMS mais on sait que c'est physiologique, donc il y a un énorme paradoxe.
(Gynécologue-Obstétricienne – Enquête 2014)

Cette énonciation des 40 ans comme seuil permettant de qualifier l'infertilité comme non pathologique s'est souvent retrouvée dans les propos des professionnels.

La définition de la ménopause précoce, c'est-à-dire pathologique, c'est avant 40 ans. Donc on considère qu'on propose des dons d'ovocyte à des femmes dites malades, dont la ménopause ou l'insuffisance ovarienne est plutôt jugée pathologique, en sachant qu'à 39 ans ce n'est pas pathologique. Bon après faut bien donner... Après 40 ans, on juge que l'insuffisance ovarienne elle est physiologique, qu'elle est liée à l'âge, donc en fait elle ne rentre pas chez nous dans des programmes de don d'ovocytes. (...)

Enquêtrice : Ça m'intéresse pas mal ce que vous disiez sur le fait qu'avant 38, 39 ans a priori l'infertilité sera plutôt pathologique mais même si c'est à cause de l'âge, autour de 38, 39 ans ce n'est pas très clair, c'est un peu flou. Comment vous faites du coup pour...

Ben... En général, on ne réfléchit pas trop à ça. On prend en charge en sachant pertinemment que c'est naturel mais c'est vrai que ce n'est pas satisfaisant sur le plan intellectuel de faire des fécondations in vitro pour âge. Des fois c'est ça qu'on fait. Quand on a une femme de 39 ans, ça fait plus d'un an qu'elle essaie de faire un gamin que tout est normal, que le sperme est normal, que l'utérus est normal, que les trompes sont normales mais il y a juste une baisse de la réserve ovarienne. On sait qu'elle ne tombe pas enceinte parce que c'est l'âge. Et du coup on propose une fécondation in vitro. Ce qui n'est pas, intellectuellement ce n'est pas satisfaisant puisque la FIV c'est pour remédier à une infertilité dont le

⁴⁴ Définition de l'infertilité par l'OMS, 2009, « Infertilité (définition clinique) : Une maladie du système reproductif définie par l'incapacité pour un couple de concevoir après 12 mois ou plus de rapports sexuels réguliers non protégés. »

caractère pathologique a été diagnostiqué, ça c'est la loi. Or, on est limite, puisque avoir une baisse de la réserve ovarienne à 40 ans ce n'est pas pathologique. Donc on est un peu limite dans nos indications. Et d'ailleurs ce ne sont pas des bonnes indications de FIV. Je leur dis, je leur dis toujours que des fois il y a plus de, il y a autant de chances qu'elles soient enceintes naturellement qu'avec une FIV. (Gynécologue-Obstétricienne – Enquête 2014)

Comme cela est présenté dans cet extrait, le même phénomène d'altération de la réserve ovarienne en raison du vieillissement explique des infertilités qui ont cours avant 40 ans et après 40 ans. Néanmoins cet âge semble constituer un seuil quelque peu arbitraire sur lequel les professionnels s'appuient pour qualifier l'infertilité de « pathologique » ou « normale » et justifier ainsi la limite d'autorisation de recours au don d'ovocytes. L'aspect arbitraire de ce seuil montre qu'ils n'ont aucun moyen d'évaluer précisément un éventuel passage de l'infertilité « pathologique » à l'infertilité « physiologique » et de caractériser clairement ces deux cas de figure. Car la progressivité du passage de l'une à l'autre, au fil de nombreuses années et dès l'âge de 25 ans – comme ils n'ont de cesse de le rappeler –, rend cette évaluation impossible. De plus, si le phénomène d'altération de la réserve ovarienne avec l'âge est commun à toutes les femmes, il se manifeste de façon très variée.

C'est sûr, tout le monde n'est pas... comment dire, tout le monde n'est pas construit sur le même modèle et du coup, c'est une moyenne, l'arrêt de la fonction ovarienne vers 45-48 ans, ce sont des masses de populations moyennes. Après, il y a toutes les parties latérales de la courbe, je dirais. En fait, il y a toute une partie de la population pour qui les choses vont s'arrêter avant. Mais la limite entre le physiologique et le pathologique effectivement est floue. Plus les gens ont repoussé ce moment en fait de projet parental, plus ils vont être proches de la limite physiologique, voilà. (Gynécologue – Enquête 2014)

L'altération de la réserve ovarienne peut être d'ampleur différente et survenir à des âges plus ou moins précoces ou tardifs. Or, les médecins ne possèdent aucune technique médicale ni aucun outil permettant de mesurer précisément l'état de la réserve ovarienne, ni son niveau d'altération. Ils peuvent observer si la réserve ovarienne est épuisée à travers les échographies qui montrent la présence ou l'absence

de follicules dans l'utérus de la femme. Mais ils ne peuvent mesurer ni la réserve restante lorsqu'il y a encore une production d'ovocytes, ni leur qualité qui s'altère pourtant avec l'âge et peut être la cause de l'infertilité. En effet, les indicateurs médicaux dont disposent les médecins en plus de l'échographie sont les seuls taux d'hormones tels que celui de l'AMH, la FSH, la LH⁴⁵, indicateurs imprécis et incertains.

Enquêtrice : Vous pouvez m'expliquer le procédé de l'AMH, comment vous la mesurez ?

En fait, en gros dans l'ovaire il y a... Alors, l'ovaire c'est un cerisier, il y a les bourgeons c'est la réserve, il y a les cerises vertes c'est ce qu'on appelle les follicules antraux, et il y a une fois par mois une cerise rouge qui donne un noyau qui est l'ovocyte. Je fais comme ça pour les patientes. C'est beaucoup plus simple. Donc à la naissance on a notre nombre de bourgeon qui est défini et tous les mois en fait il y a un fonctionnement dans l'ovaire qui est comme sur un cerisier, il y a différents stades dans le cerisier. C'est-à-dire que quand vous regardez le cerisier toutes les cerises ne sont pas vertes ou toutes les cerises ne sont pas... Donc il y a du bourgeon, il y a de la cerise verte et puis il y a une cerise rouge. On ne connaît pas, les bourgeons on ne peut pas les doser ni les voir à l'échographie. Donc le stade le plus précoce que l'on peut voir c'est la cerise verte. Donc l'AMH est sécrétée par la cerise verte. Donc on a déduit que plus il y a de cerises vertes, plus il y a de bourgeons derrière. C'est le marqueur le plus proche du bourgeon. (Gynécologue-Obstétricienne – Enquête 2014)

Si la mesure de l'AMH, effectuée systématiquement lors de l'examen de prise en charge, permet d'estimer la réserve ovarienne restante, elle n'en demeure pas moins une estimation. Elle ne donne en outre aucune indication quant à la qualité des ovocytes restants.

Oui on a les dosages d'AMH régulièrement rentrés dans les dossiers, une fois de plus, ce n'est pas mon rôle principal de leur dire comment il faut interpréter ce dosage hormonal qui

⁴⁵ AMH : Hormone anti-müllérienne

FSH : Hormone folliculo-stimulante

LH : Hormone lutéinisante

n'est qu'un dosage hormonal, il faut lui laisser sa place importante certes, mais ce n'est pas une valeur absolue.

Enquêtrice : Parce que là aussi d'après ce que j'ai compris, admettons même si une femme, bon on exclut l'infertilité masculine, si une femme à 41 ans a un dosage d'AMH plutôt bon, plutôt correct, il n'empêche que la qualité fera que les chances sont mauvaises ?

Exactement. De base, le plus important c'est qu'elle a 41 ans, après secondairement on peut regarder sa FSH, sa LH, son CFA et tout ce qu'on veut. Ça viendra peut-être donner un petit argument complémentaire, mais ce n'est pas sur les dosages que vous devez prendre une décision. C'est un élément d'appréciation, c'est un examen complémentaire, c'est... C'est un examen important, sa validité est importante, mais ce n'est sûrement pas un élément de pronostic, de certitude.

Enquêtrice : Dans le sens, si je comprends bien, bon s'il est bas ok on va se fier à ça, mais s'il est élevé ça ne signifie pas pour autant que ça fonctionnera.

Mais même bas, vous avez des patientes pour lesquelles vous serez surpris, vous faites un traitement d'induction de l'ovulation, vous allez vous retrouver avec un nombre d'ovocytes tout à fait raisonnable alors que l'AMH est effondrée. Ce n'est pas la biologie du vivant c'est de la biologie du vivant, il ne faut pas faire dire à des dosages isolés et ponctuels dans le temps qu'ils sont représentatif de manière toujours infaillible d'une situation. C'est globalement, ça donne une orientation, vous avez une AMH diminuée, vous avez une FSH élevée, vous avez des échographies qui montrent qu'il n'y a plus beaucoup de follicules pré antraux sur le cortex ovarien, tout ça c'est un contexte plutôt de, globalement de souci et l'âge va accentuer ce contexte-là. Mais les éléments d'appréciation pris isolément, comment dire, vous ne pouvez pas dire en dessous de tel seuil d'AMH je ne prends plus, il ne faut pas s'en servir comme ça, ça vient compléter un dossier. (Biologiste – Enquête 2014)

Ces témoignages montrent l'incertitude à laquelle les médecins font face lorsqu'ils prennent en charge des femmes autour de 40 ans. Ils sont dans l'incapacité d'évaluer précisément l'altération qualitative et quantitative de leur réserve ovarienne. De ce fait, l'infertilité liée à l'âge n'est pas un indicateur de prise en charge satisfaisant pour

les professionnels. Un autre élément expliquant cette appréciation de leur part est que la solution que la médecine peut apporter dans ces cas est quasiment nulle.

(...) ce qui fait la PMA, c'est la fertilité et l'aide qu'on peut apporter aux gens. Donc vous avez pour faire simple des situations où il y a une impasse maternelle, des trompes bouchées, altérées, tout ce qu'on veut, et donc vous êtes dans le cadre de l'indication utile de la fécondation in vitro, dans ce cadre-là vous luttez contre un 0 au naturel et puis une probabilité qui va osciller selon l'âge maternel et qui peut effectivement descendre très bas. Mais elle aura entre guillemets toujours sa place. Vous avez de l'autre côté les infertilités masculines qui relèvent de l'ICSI bon ben c'est facile là aussi, monsieur il ne peut rien espérer naturellement il faut passer par la FIV et même réflexion, l'âge de madame va conditionner le taux de succès, donc vous allez avoir de très bon cas parce que quand on s'aperçoit qu'un homme est infertile souvent les couples s'en aperçoivent quand ils sont encore assez jeunes, pour nous c'est quand même la trentaine mais ils sont jeunes, et puis après si la patiente, si la compagne ou la femme a 43 ans on a beau passer à l'ICSI pour une indication masculine à nouveau on est dans l'impasse des succès. (Biologiste – Enquête 2014)

Cet extrait d'entretien montre l'impact de l'âge des femmes sur les taux de réussite. Le médecin biologiste explique en effet que l'AMP peut résoudre la plupart des infertilités féminines et masculines, mais même dans les cas remédiables, la condition de l'âge de la femme demeure extrêmement importante. Il explique que quelles que soient les techniques médicales mobilisées (hors recours au don d'ovocytes interdit après 40 ans dans les centres enquêtés), si l'âge de la femme est élevé (entre 40 et 43 ans), ils ne pourront améliorer les taux de réussite. Nous avons déjà eu l'occasion de présenter la dégressivité des taux de réussite de la FIV intraconjugale avec l'augmentation de l'âge des femmes. Compte tenu de l'inefficacité de l'action médicale face à l'infertilité féminine liée à l'âge dans le cadre de l'AMP intraconjugale, les médecins ne retirent aucune satisfaction à prendre en charge les infertilités pour indication d'âge.

Un autre élément expliquant que malgré tout, les médecins prennent en charge les femmes de plus de 40 ans en AMP, apparaît au fil des données venant d'être présentées. Il s'agit du fait que la plupart des femmes âgées de plus de 40 ans se situent dans une zone aux frontières floues entre fertilité et infertilité. Elles ne sont pas encore totalement infertiles en raison de leur âge, mais l'altération de la qualité de leurs ovocytes – immesurable –, amène à ce qu'elles aient des difficultés pour procréer. Elles se situent dans une *zone grise* entre fertilité et infertilité. Dans cette *zone grise*, les professionnels considèrent qu'elles sont dans une situation d'urgence. En effet, l'altération en cours de leur fertilité s'accroissant au fil de l'avancée en âge, plus elles tardent à avoir un enfant, plus elles risquent de ne pas réussir à en avoir. Ainsi, les professionnels les prennent souvent en charge autour de la quarantaine d'années en raison même de cette urgence.

*Vous parlez de l'âge, on voit arriver des couples à 38-40 à qui on propose la FIV sous prétexte qu'ils ont 38 ou 40 et que si on le fait plus tard il n'y aura plus de chances. Donc là c'est, **on se sert du temps comme indication médicale, mais c'est une mauvaise indication.** Puisque s'il n'y a pas de substratum à l'infertilité la prise en charge et nos techniques ne vont pas avoir la même efficacité. Vous voyez la nuance ? Si vous avez une cause vous arriverez à un résultat bien plus satisfaisant que si vous n'avez pas de causes et que vous proposez le recours à la PMA simplement parce que le temps a filé. Le temps n'est pas un élément d'entrée en PMA à mon sens.*
(Biologiste – Enquête 2014)

L'insatisfaction souvent manifestée par les professionnels est liée aux difficultés qui se posent à eux dans l'appréciation de leur champ d'actions face à ces demandes de prise en charge. N'ayant les moyens techniques de mesurer l'état de la réserve ovarienne, leur seule possibilité pour vérifier si l'AMP a des chances de fonctionner est d'essayer. Si les tentatives échouent, cela sera attribué à la mauvaise qualité ovarienne, et si elles réussissent le constat sera alors que la réserve ovarienne était encore de qualité suffisante. Le diagnostic de l'infertilité liée à l'âge ne se vérifie qu'à l'épreuve des tentatives d'AMP. Sans autres recours, les médecins prennent donc en charge les femmes concernées et se confortent dans leur décision en s'appuyant sur la définition de l'infertilité de l'OMS et sur le principe de devoir répondre à une situation d'urgence. En effet, comme l'extrait précédent le montre, l'urgence, et donc,

le *temps*, est aussi un élément d'appréciation – bien qu'insatisfaisant – justifiant la prise en charge. Le dimension *temporelle* de l'infertilité féminine liée à l'âge justifie l'action des médecins, qui s'avère de surcroît être une action spécifique, comme nous allons le développer dans la partie suivante.

Par ailleurs, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, le contexte familial et social des couples a une grande importance lors de la décision de prise en charge. Les femmes en situation d'infertilité liée à l'âge, bien que critiquées pour avoir « trop » attendu avant d'essayer d'avoir un enfant, ont des profils sociaux et économiques qui n'interrogent pas les professionnels quant au bien-fondé d'une prise en charge, en fonction de l'intérêt de l'enfant à naître. Au contraire, la plupart d'entre elles n'ont pas encore d'enfant, ou parfois un seul. Or, nous avons vu que le nombre d'enfants déjà présent est un élément important dans la décision de prise en charge. Ainsi, dans la pratique, les médecins tentent d'aider ces couples, souvent sans enfant, tant qu'ils le peuvent, c'est-à-dire avant que l'altération de la réserve ovarienne de la femme ne soit trop altérée ou avant les 43 ans de la femme. Une logique compassionnelle guide cette décision, existant également dans d'autres situations de l'AMP (Mathieu, 2013). Ils ont conscience dans ces cas-là, non seulement d'agir par-delà un cadre « thérapeutique », mais également de prendre en considération la dimension sociale de l'infertilité féminine liée à l'âge.

Mais, alors il y a un auteur belge, il faudrait que je retrouve son nom, si Guido Pennings, qui a très bien écrit sur ça, qui dit qu'en fait on est un peu dans l'hypocrisie justement, ça c'est très, c'est exactement ça, il dit les français vous êtes dans l'hypocrisie, vous n'acceptez pas la congélation ovocytaire de convenance à 30 ans, non c'est pas pour convenance, c'est pour raison sociétale. Il dit or vos femmes qui arrivent à 40 ans à qui vous faites des FIV, c'est bien une indication sociétale, parce que si elles arrivent à 40 ans, qu'elles n'ont pas d'enfants et qu'elles ont laissé passer du temps à cause de leur boulot, à cause du machin, à cause du truc, c'est justement parce que la société les a conduit à faire leur projet d'enfant après 40 ans. Donc il dit sans le savoir vous faites de la FIV d'indication sociétale. Ça c'est, j'avoue qu'il m'a un peu convaincue. C'est intelligent ce qu'il dit. Et il a même fait des articles en français. C'est un, il travaille dans l'éthique sur ça justement. Et il a raison, il a raison, si elles arrivent à 40 ans

sans gamin c'est que, alors elles sont pas toutes moches et voilà, c'est vrai qu'il y a des femmes, comme tout le monde il y a des gens qui ont plus de mal à trouver quelqu'un, mais souvent c'est des femmes jolies, plutôt cortiquées, c'est intéressant. C'est intéressant, mais après moi je ne serais pas contre, mais on va dire qui paye ? Alors si les femmes payent, très bien alors on va dire on va se retrouver sur un truc à double vitesse, les femmes plutôt d'un milieu aisé vont se faire congeler leurs ovocytes et pas les autres. Mais ça choque personne que ça se passe comme ça en Espagne, aux États-Unis, dans le monde entier mais en France ce n'est pas possible. (Gynécologue-Obstétricienne – Enquête 2014)

Cet extrait illustre la tension générée par l'écart existant entre les pratiques sociales à laquelle les médecins font face et le modèle bioéthique encadrant l'AMP. Cette tension semble exacerbée par le système de remboursement de l'AMP par la sécurité sociale puisqu'il justifierait les limites actuelles de prise en charge en France. Dans l'exemple ci-dessus, le médecin s'interroge en effet sur la possibilité de pratiquer l'AMP en dehors d'un strict remboursement et ainsi, d'autoriser des techniques qui permettent de répondre plus efficacement à l'infertilité liée à l'âge. Toutefois, d'autres médecins considèrent que mobiliser l'argument du remboursement pour expliquer la distinction réalisée en France entre « pathologique = légitime » et « non pathologique = illégitime », est inopérant. Une gynécologue interrogée expliquait qu'il s'agit pour elle d'un faux débat compte tenu par exemple de la prise en charge par la sécurité sociale en France des IVG et des grossesses, qui n'ont rien de pathologique, ou encore compte tenu de la prise en charge des infertilités inexplicables en AMP ou des infertilités liées à l'âge qui sont le fruit du contexte social.

Le discours des professionnels de l'AMP relatif au traitement de l'infertilité féminine liée à l'âge oscille entre deux pôles : entre la volonté, d'une part, de s'aligner sur le cadre « naturaliste » du modèle normatif de référence, et d'autre part, la volonté de répondre à la détresse des couples s'adressant à eux, y compris parfois, par-delà les frontières de ce modèle.

Les demandes d'accès en AMP pour infertilité féminine liée à l'âge (autour de 40 ans) semblent en effet sortir du cadre de référence puisque ce dernier ne légitime que les prises en charge des infertilités « pathologiques ». Pourtant, ces demandes

apparaissent à un âge correspondant encore à une prise en charge pour la sécurité sociale, ce qui tend à les rendre légitimes. Mais surtout, la prise en compte de la dimension *temporelle* de l'infertilité éclaire la pratique des médecins. L'infertilité liée à l'âge est une altération progressive de la fertilité au fil des âges, dès 25 ans et jusqu'à la ménopause. Si les médecins agissent face à ce phénomène bien qu'il soit « naturel », c'est parce qu'il concerne une *zone grise* entre fertilité et infertilité au sein de laquelle les professionnels s'estiment légitimes à agir. Cette *zone grise* n'est pas prise en compte par l'opposition normal/pathologique du modèle bioéthique qui n'appréhende pas la dimension temporelle de l'infertilité liée à l'âge face à laquelle les médecins luttent. Nous allons voir en effet dans la partie suivante le rôle joué par ces derniers sur les limites temporelles de l'infertilité féminine liée à l'âge.

2. DANS LA ZONE GRISE DE L'INFERTILITE : LA « COURSE CONTRE LA MONTRE » DES PROFESSIONNELS

La façon dont les professionnels traitent l'infertilité féminine liée à l'âge montre qu'au-delà d'une coupure nette entre fertilité et infertilité, ce qui est nommé l'« horloge biologique » est en fait un processus conduisant à une perte progressive de la fertilité. C'est dans cette période de déclin progressif, où les femmes ne sont ni tout à fait fertiles ni pleinement infertiles et que nous qualifions de *zone grise* de l'infertilité, que les professionnels, soumis à une pression du temps, vont tout mettre en œuvre pour répondre aux attentes des patientes. Ils essaient en effet de les prendre en charge tant qu'il est encore temps, c'est-à-dire avant que l'infertilité féminine liée à l'âge ne soit trop importante.

Il y a des gens qui vont très lentement, il y a des gens, il y a des gens qui se pointent chez vous à 38 ans et là il y a extrême urgence, d'autres à 26 ans, ça fait 3 mois qu'ils ont des rapports, ils reviennent en disant je suis toujours pas enceinte, et là on n'est pas pressé. (Gynécologue)

Il y a des couples qui viennent vers 38 ans et du coup, pour lesquels on n'a pas trop le temps d'attendre de voir si la

fertilité spontanée sera bonne ou pas, donc c'est vrai qu'on accélère déjà le bilan et puis en fonction du bilan, si tout est normal au bilan, on essaye de se laisser un peu de temps mais on accélère un peu la prise en charge. (Gynécologue)

Ces extraits montrent que lorsque les couples sont jeunes (moins de 35 ans), les professionnels sont peu pressés de les prendre en charge, notamment s'ils essaient d'avoir un enfant depuis moins d'un an. Dans ces cas, ils les encouragent souvent à tenter quelques mois encore d'essayer d'avoir un enfant naturellement avant de démarrer un parcours en AMP. À l'inverse, lorsque les femmes ont plus de 38 ans, cette attente de voir apparaître une grossesse spontanée n'est plus recommandée. Le médecin gynécologue du premier extrait parle d'une situation d' « *extrême urgence* », amenant à un changement de discours et de recommandations. Le rapport au temps n'est plus le même. Les médecins estiment généralement qu'un an est la durée minimum devant être utilisée pour essayer d'avoir un enfant naturellement. Ils expliquent que le temps est un facteur de réussite. Pourtant, autour de 40 ans, cette logique n'est plus appliquée. Si les femmes dont la fertilité est en cours d'altération en raison de leur âge attendent comme les plus jeunes, elles risquent de ne plus pouvoir être prises en charge en AMP. Rappelons effectivement qu'à plus de 40 ans, le don d'ovocytes ne leur est pas autorisé. Or, si elles sont devenues infertiles, leur prise en charge s'arrêtera puisque la FIV intraconjugale ne permet pas de pallier l'altération de la réserve ovarienne. Les médecins ne les acceptent que si elles sont encore dans cette période de perte progressive de la fertilité, sans être pour autant totalement infertiles du fait de leur âge. Ils se montrent ainsi particulièrement pressés d'entamer les diverses procédures, tant qu'il est encore temps pour elles.

L'âge des femmes influe par conséquent sur les décisions des médecins qui ajustent leur temporalité d'actions en fonction de lui. C'est le cas pour décider du moment de la prise en charge mais également tout au long du parcours d'AMP. Précisons que le parcours procréatif en AMP est normalement rythmé d'une façon spécifique : une phase préalable consacrée aux tentatives du couple à concevoir un enfant par lui-même, durant au minimum 1 an ; une phase d'exams et de bilans, suivie le plus fréquemment par des pratiques d'inséminations pouvant aller jusqu'à 6 tentatives ; celles-ci sont suivies en cas d'échecs, de pratiques de fécondation in vitro pouvant aller jusqu'au nombre de 4 tentatives, après quoi la sécurité sociale ne prend

plus en charge les couples et en général le parcours d'AMP s'arrête. Mais dans certaines situations, le rythme peut être modifié, et le temps consacré aux différentes phases peut être plus ou moins accéléré par les professionnels. C'est notamment le cas pour les couples dont la femme a un âge considéré comme « avancé ».

On leur pose la question depuis combien de temps ils ont des rapports réguliers non protégés. Et puis, en fonction de cela, on adapte. On va être beaucoup moins stricts si la femme par exemple a déjà 40-41 ans. (Biologiste)

Alors l'âge en fait, enfin si la femme a 38, 39 ans, on va plutôt s'orienter directement vers une fécondation in vitro même si on pourrait faire des inséminations, mais si l'âge est avancé, soit on fait une ou deux inséminations et pas plus, alors qu'on peut en fait jusqu'à 6, et on passe directement en FIV. Soit on fait d'emblée une FIV du fait de l'âge parce qu'on sait que la FIV il y a quand même plus de pourcentages de réussite. (Interne en Gynécologie)

Les professionnels n'hésitent pas à revoir les rythmes qu'ils se donnent généralement dans un parcours d'AMP et à recomposer avec les directives qu'ils s'étaient fixés. Ils n'attendent pas forcément une année de tentatives de la part du couple à essayer de concevoir un enfant par eux-mêmes, ou ne tentent pas autant de fois qu'ils le font généralement la procréation par insémination, tout cela afin d'accélérer la prise en charge en FIV. La raison étant que les chances de réussite sont meilleures avec la pratique de fécondation *in vitro*. Généralement, cette technique est utilisée en dernier recours, en raison de son procédé invasif sur le corps des femmes que la technique d'insémination permet d'éviter.

Cet empressement, cette accélération du temps consacré normalement aux diverses techniques n'est pas la préoccupation des seuls professionnels. Les patientes confrontées à ces limites d'âges semblent être, elles aussi, soumises à une pression du temps, et à défaut de pouvoir le ralentir, elle veulent accélérer le parcours d'AMP.

Dès fois elles arrivent entre 30 et 40, ça ne marche pas en insémination, et elles disent "Oui mais le temps passe on nous laisse en insémination. Nous on veut passer en FIV puisqu'on perd du temps". Elles voient l'âge arriver, comme c'est 43 ans, là elles sont pressées d'aller en FIV si les inséminations ça ne marche pas. Parce que quand on a des couples jeunes et tout,

ils se disent "Bon bah ça va marcher", ils sont moins pressés d'avoir un enfant oui. Mais ils n'ont pas cette date butoir de 43 ans. (Technicienne de laboratoire)

Professionnels et patientes convergent à mener autant que possible une « course contre la montre » ou, plus précisément, contre l'altération inéluctable de leur réserve ovarienne. L'idée de la pression du temps liée à l'âge est extrêmement présente dans leurs discours. De manière générale, l'expérience du temps est omniprésente dans un parcours d'AMP, mais elle se complique lorsqu'apparaît le problème de l'horloge biologique et en lien, la diminution des chances de succès (Thompson, 2005). Selon les professionnels, la principale différence entre eux et les patientes réside dans le fait que ces dernières, tout en percevant bien l'échéance de la ménopause, n'auraient aucune conscience du déclin progressif de la fertilité qui la précède, comme nous l'avons déjà présenté dans le chapitre 5.

Je pense que ce n'est pas réfléchi, je pense que c'est un environnement social qui fait que... on fait des études plus longtemps, on obtient un revenu stable plus tard, et puis après et bien il y a la course au prince charmant, une fois qu'on a un certain niveau d'études on ne veut pas se contenter du premier benêt rencontré, le premier n'est pas bon, le deuxième n'est pas bon, et puis le temps passe et on arrive à 40 ans. Il y a peut-être aussi... il y a une influence extérieure qui est évidente... je pense... peut être une exigence de performance de réussite sur tous les plans de sa vie, on ne peut être heureux que si l'on réussit tous les aspects de sa vie et du coup on se met une pression considérable sur les épaules, on veut absolument cocher toute les cases, le temps file, le temps file, on arrive à 40 ans et on a oublié que le corps lui vieillit.
(Sage-femme)

Les femmes n'auraient en effet pas conscience du vieillissement de leur corps et de l'altération de leur réserve ovarienne au fil des années. Ces dernières ne prendraient consciences d'une fin de leur fertilité plus ou moins proche, qu'au moment où il est « déjà trop tard », amenant les professionnels à s'adapter à ces couples d'un « certain âge ». S'élabore ainsi une temporalité caractéristique de la prise en charge en AMP en fonction de l'âge des femmes, qui n'a aucune équivalence pour les hommes.

La femme elle est quand même limitée dans le temps déjà par son âge, l'homme l'est moins, on les accepte à des âges beaucoup plus tardifs. La femme elle est limitée dans le temps, on a quand même une population souvent de femmes qui ont, on a beaucoup de femmes autour de 40 ans, entre 38 et 40 ans, elles savent que de toute façon elles n'ont plus beaucoup de temps. Donc pour elles, c'est important le temps.
(Technicienne de laboratoire)

Les hommes n'étant pas soumis aux mêmes rythmes de la fertilité et de l'infertilité physiologique, le tempo de la prise en charge en AMP est donné par l'âge de la femme et sa proximité de la quarantaine d'années (Bessin et Levilain, 2012).

Nous avons déjà montré comment les discours des professionnels sur l'infertilité, et notamment celle liée à l'âge à des femmes, manifestent qu'ils ont conscience de la *dimension sociale* de l'infertilité. À présent, nous constatons par la course qu'ils mènent contre l'altération progressive de la fertilité féminine, que le temps n'est pas qu'une donnée « naturelle » intangible, mais qu'il est possible d'agir sur lui. C'est ce qu'ils tentent de faire en prenant en charge les femmes infertiles en raison de leur âge ; ils essaient de repousser les frontières du temps physiologique en agissant sur lui. Lorsque la fertilité commence à être altérée, mais avant qu'elle ne le soit totalement du fait de l'âge, ils prennent en charge les femmes en fécondation *in vitro* en menant une course contre le temps. Ils espèrent ainsi favoriser au plus vite la production d'ovocytes, la création d'embryons et l'implantation de l'un d'eux. Le temps physiologique est un enjeu d'action particulier pour les professionnels.

Toutefois, les actions qu'ils mettent en place demeurent relativement limitées. Ils tentent d'atténuer les effets du temps, de les ralentir, dans la mesure du possible. Le don d'ovocytes n'étant pas autorisé pour les femmes de plus de 40 ans dans les centres enquêtés, leur action se limite à agir sur une réserve ovarienne altérée, et dès lors qu'elle est épuisée, la prise en charge s'arrête.

Prendre en charge des infertilités dont la dimension « pathologique » a été médicalement diagnostiquée, telle est la consigne de l'AMP en France. Les médecins en tiennent compte et s'y réfèrent dans leurs discours. Pour autant, dans la pratique, distinguer les infertilités d'ordre « pathologique » de celles « normales », qui relèveraient davantage de la « convenance personnelle », n'a rien d'évident. Nous observons l'artifice d'une telle distinction et son inapplication en différentes circonstances et à différents degrés.

Tout d'abord une distinction s'impose entre infertilité *pathologique* et infertilité *anormale*. La prise en charge systématique des infertilités « inexplicables » en est l'exemple le plus éclairant. Dans ces cas, aucune pathologie n'est diagnostiquée, mais le couple étant en âge de procréer, il est considéré comme « anormal » qu'il ne parvienne à avoir d'enfant. L'*anormalité* vaut ici légitimité de prise en charge au même titre que la *pathologie*. De plus, la référence faite par les professionnels à la définition de l'OMS qui précise qu'une année de tentative infructueuse suffit à caractériser l'infertilité, montre également l'assimilation artificielle de l'*anormalité* à la *pathologie* dans la justification des prises en charge. Les infertilités inexplicables, alors qu'elles ne relèvent pas de la prise en charge d'infertilités « pathologiques », ne sont pas non plus considérées comme « normales » et relevant de la « convenance personnelle ». L'évidence de leur prise en charge témoigne de l'existence d'une autre voie de légitimation de l'accès à l'AMP, différente de celle envisagée par le cadre bioéthique reposant sur l'opposition « pathologique = légitime » et « normal = illégitime ».

Le constat que des grossesses spontanées (apparaissant en dehors du processus d'AMP) surviennent chez des couples pris en charge pour infertilité, pour lesquels les techniques d'AMP échouent parfois, illustre en outre la part d'incertitude demeurant toujours autour du diagnostic médical et de l'action « thérapeutique » de l'AMP.

Mais le cas éclairant particulièrement l'incertitude dans laquelle les médecins agissent est celui de la prise en charge des infertilités féminines liées à l'âge. Les professionnels n'ont aucune possibilité d'évaluer précisément l'état d'altération de la qualité de la réserve ovarienne des femmes au fil des âges. Toutefois, ils considèrent

comme *anormal* que cette altération soit importante avant 40 ans et proposent dans ces cas-là aux femmes dont la réserve ovarienne est altérée le recours au don d'ovocytes. Après 40 ans, cette possibilité ne leur est plus proposée du fait du caractère considérée comme « normal » de leur infertilité. Or, malgré la dimension non « pathologique » de celle-ci, en cas d'infertilité altérée mais non effondrée, les femmes sont tout de même prises en charge par les médecins en insémination ou FIV intraconjugale jusqu'à 43 ans. L'enquête montre que les professionnels les prennent en charge dans une *zone grise* entre fertilité et infertilité. La fertilité des femmes est dans ces cas-là altérée en raison de leur âge, mais elles sont encore suffisamment fertiles pour que des tentatives puissent être tentées dans le cadre de l'AMP. Les médecins traitent une infertilité en cours, une altération progressive et non une stricte infertilité liée à l'âge. La justification de cette prise en charge n'est pas du même ordre que celle mobilisée face aux infertilités inexplicables : c'est-à-dire le fait qu'une année de tentative infructueuse suffit à qualifier l'infertilité et à légitimer une prise en charge. Face aux femmes âgées de plus de 40 ans, et même 38 ans, les professionnels prennent finalement en charge les couples immédiatement, y compris lorsque ces derniers essaient d'avoir un enfant depuis moins d'un an. La situation d'urgence prime et justifie la prise en charge.

Ils adoptent alors une attitude spécifique, adaptée à la particularité de cette infertilité progressive. Les professionnels mènent en effet une lutte contre le temps. La temporalité de l'altération physiologique de la fertilité féminine n'est pas qu'une donnée « naturelle » et intangible mais constitue un enjeu d'action pour ces derniers qui tentent, dans la mesure du possible, de repousser les limites temporelles de la fertilité féminine. Il s'agit de contrer l'altération « naturelle » par tout un ensemble d'adjuvants techniques mais surtout en compressant le temps des étapes de la prise en charge normale. Ils montrent ainsi que la temporalité de la fertilité féminine n'est pas une donnée univoque et naturelle, qu'il est possible d'agir sur elle.

Les données de ce chapitre questionne ainsi la notion d'infertilité en tant que phénomène réductible à la seule distinction entre « pathologique » et « normal ». Les différentes situations étudiées amène à observer que l'AMP n'est pas que conforme à cette opposition. Il existe dans l'AMP une part importante d'infertilités qui n'ont pas une cause pathologique avérée (infertilités inexplicables et infertilités liées à l'âge). De

fait, l'AMP ne repose pas uniquement pas sur le traitement de l'infertilité dite « pathologique ». Les professionnels essaient de traiter toutes les infertilités jusqu'à ce que la femme ait 43 ans ou jusqu'à 4 tentatives. En outre, en traitant l'infertilité féminine liée à l'âge, les professionnels tiennent compte de sa dimension temporelle. Pour eux, il n'y a pas des femmes fertiles et d'autres infertiles, mais des degrés vers plus ou moins d'infertilité. Leurs pratiques dévoilent l'infertilité comme un *processus* inscrit dans une *temporalité* qui n'est pas prise en compte par l'opposition normal/pathologique du modèle bioéthique.

Conclusion de la deuxième partie

L'écart de fertilité entre hommes et femmes, ancré dans la biologie de l'espèce humaine, ne suffit pas à rendre compte des limites posées distinctivement aux uns et aux autres en AMP. Les oppositions entre « pathologique » et « normal », AMP *légitime* et AMP « *de convenance* », mobilisées pour justifier la limite féminine de prise en charge n'ont rien de simple ni d'évident. Ces notions ne sont pas figées, et ce qu'elles désignent change au cours du temps. La médecine est une science en mouvement dont les pratiques évoluent avec la société dans laquelle elle se trouve. Elle doit composer avec l'évolution des normes et des valeurs collectives, en un mot, des règles sociales, tout en se référant à des régularités, notamment physiologiques. La difficulté est donc dans l'articulation entre ce que Georges Canguilhem nomme la normativité sociale et la normativité biologique, deux grands types de normativité dont il a montré qu'elles sont dépendantes l'une de l'autre et évoluent conjointement. « S'il existe des normes biologiques, explique l'auteur, c'est parce que la vie, étant non pas seulement soumission au milieu mais institution de son milieu propre, pose par là même des valeurs non seulement dans le milieu mais aussi dans l'organisme même » (Canguilhem, 2005 [1943] : 155). C'est ce qu'il nomme la normativité biologique. Par exemple, un état physiologique ou un état pathologique sera considéré comme tel en fonction d'un milieu culturel donné et en fonction d'une période donnée. Plus précisément, mourir actuellement dans nos sociétés à 60 ans est considéré comme anormal, compte tenu de l'espérance de vie qui est autour de 82 ans, alors même qu'au XVIIIe siècle où l'espérance de vie était de 27-28 ans, cela renvoyait davantage à un cas de longévité. Les normes biologiques de chacun évoluent également en fonction de son âge et de ses normes antérieures : « Les normes d'un vieillard auraient été tenues pour des déficiences chez le même homme adulte » (Ibid. : 215). Et ces mêmes normes évoluent en même temps que les conditions de vie s'améliorent et que l'espérance de vie croît : les normes d'un vieillard, pour reprendre l'exemple de Canguilhem, ne sont plus les mêmes aux mêmes âges aujourd'hui qu'auparavant.

De la même manière, la prise en compte de l'infertilité liée à l'âge oblige à dépasser l'opposition entre « normal » et « pathologique » pour apercevoir la *dimension sociale* de l'infertilité contemporaine. En présentant les trajectoires biographiques des femmes pour expliquer leur infertilité, les professionnels en témoignent. Nous constatons qu'ils font face à la fois aux temps sociaux (liés aux trajectoires biographiques) et au temps physiologique. L'infertilité liée à l'âge est un phénomène complexe liant à la fois le somatique et le social. Au-delà de leurs discours sur l'infertilité féminine liée à l'âge, nous voyons par leurs pratiques, qu'ils reconnaissent cette complexité de l'infertilité et agissent par-delà les référents normatifs « naturalistes » du modèle qui cadre leurs actions. Ils tentent de se poser en garants de la *norme procréative* et de prendre en charge des couples correspondant à cette norme sociale, tout à la fois qu'ils tentent de répondre au modèle « naturaliste » et « thérapeutique » valorisé par le cadre légal de l'AMP. Nous observons alors une tension, car faire coïncider ces différents référents normatifs, à la fois sociaux et biologiques, ne semble pas toujours réalisable. Certains couples entrent parfois dans le cadre du modèle bioéthique mais pas dans le cadre de la norme procréative et se voient donc refuser l'accès en AMP (couples alcooliques, ayant de nombreux enfants...). Les professionnels tentent de s'ajuster aux différents référents normatifs s'imposant à eux, et si ces référents apparaissent parfois en contradiction, dans d'autres situations ils se combinent. C'est ainsi que l'entité couple, centrale dans les préoccupations des professionnels, est imposée par le cadre bioéthique tout à la fois qu'elle est valorisée par la *norme procréative*. Non seulement s'assurer de prendre en charge des couples, les professionnels tentent de valoriser cette entité par l'implication des hommes au cours du parcours d'AMP, même lorsque leur présence ne se justifie pas d'un point de vue médical. En référence à la *norme procréative*, valorisant de plus en plus l'implication des hommes dans la reproduction et l'éducation des enfants, ils attendent d'eux qu'ils soient impliqués dès le processus d'AMP. Les professionnels témoignent alors non seulement de l'importance de la *dimension sociale* de l'infertilité mais plus encore de sa *dimension relationnelle*. Ils ne traitent pas des corps infertiles mais des couples infertiles.

Certaines situations qu'ils ont à traiter se situent à la frontière des différents référents normatifs. C'est notamment le cas de l'infertilité féminine liée à l'âge. Cette infertilité apparaît progressivement au fil des âges dès 25 ans. Par conséquent le même

processus physiologique est considéré tantôt comme « pathologique », tantôt comme « normal », en fonction de l'âge de la femme. Ne pouvant être mesurée précisément, cette infertilité aux contours flous est tout de même prise en charge. Elle se situe également aux limites de la *norme procréative*, car l'âge des femmes concernées est considéré comme « tardif » pour avoir un enfant par le discours social et médical. Néanmoins, si les professionnels se montrent également critiques envers ces femmes qui dépassent le cadre bioéthique, qui plus est, pour lesquelles l'action médicale aura une portée très limitée, ils se montrent tout à la fois compréhensifs. Les faits sociaux qu'ils mobilisent pour expliquer leur infertilité (célibat, remariage, profession...) justifient la critique mais aussi la compréhension et ainsi, la prise en charge. Les médecins ont conscience que l'infertilité de ces femmes est le fruit des évolutions sociales.

Leurs pratiques dévoilent également que l'infertilité ne saurait se résumer à un phénomène étant soit strictement « pathologique », soit strictement « normal ». Ils montrent que l'infertilité liée à l'âge est un processus, une altération progressive sur un temps long. Il existe une *temporalité* entre fertilité et infertilité, une *zone grise*, non prise en compte par l'opposition entre « pathologique » et « normal » du modèle bioéthique. Par cette notion nous désignons le constat suivant : les professionnels n'ont pas à faire à des personnes soit fertiles, soit infertiles, il existe des degrés vers plus ou moins de fertilité. C'est dans cette *zone grise* que les professionnels tentent de répondre à la détresse des femmes infertiles en raison de leur âge, en agissant sur les limites temporelles de la fertilité féminine, montrant par là-même qu'elles n'ont rien de « naturel » et d'intangible.

Ces résultats mettent au jour les limites du modèle bioéthique encadrant l'AMP en France, en montrant que l'infertilité ne peut être circonscrite à la définition d'une pathologie dans un cadre « naturel » de procréation. Si ce modèle est bien au cœur des discours des médecins, pour autant, leurs pratiques s'en détachent. Un écart important existe en effet entre discours et pratiques médicales. Il est lié à l'écart même existant entre d'une part, la vision « naturaliste » de l'infertilité valorisée et portée par le modèle bioéthique et d'autre part, la *dimension sociale, relationnelle et temporelle* de l'infertilité que les médecins prennent en compte. À l'épreuve des faits, les professionnels n'ont en effet d'autres choix que de composer avec ces référents qui s'imposent tout autant à eux que le cadre normatif du modèle bioéthique. Une tension

naît ainsi de ces référents multiples s'imposant aux professionnels, qui tentent de les faire converger. L'étude du traitement de l'infertilité féminine liée à l'âge révèle particulièrement ces écarts, cette tension et la façon dont les professionnels agissent tout en étant tirillés par différents référents normatifs.

PARTIE 3 – ENQUETE 2 :

L'EXPERIENCE DES FEMMES

QUADRAGENAIRES EN AMP ; LES

TRAJECTOIRES BIOGRAPHIQUES

La troisième partie de la thèse questionne l'infertilité féminine liée à l'âge à partir d'une seconde enquête réalisée auprès de femmes de plus de 40 ans inscrites en parcours d'AMP. Lors de la première enquête conduite auprès des professionnels de l'AMP, un discours dominant était formulé à propos de ces femmes : elles n'auraient pas fait les « bons choix » aux « bons moments » dans leur vie, elles auraient « trop » attendu avant de se décider à faire un enfant, autrement dit, elles auraient « pu » ou « du » faire autrement. Ce discours rejoint un propos largement diffusé dans le milieu médical, et dans d'autres strates de la société, considérant que ces femmes sont avant tout des « carriéristes » qui réclament sur le tard un « droit à l'enfant ».

Toutefois, nous avons observé un écart entre discours et pratiques médicales sur ce point. Les médecins sont soumis à une tension entre, d'une part, la norme médicale édictée par le cadre légal à laquelle ils tentent de se conformer et, d'autre part, leur mission de prise en charge de l'infertilité, à la frontière, parfois, du cadre légal. Nous avons ainsi constaté un décalage entre d'un côté, les discours sur les femmes infertiles en raison de leur âge – expliquant que les limites temporelles biologiques s'imposent et que les femmes devraient s'y conformer – et d'un autre côté, les discours sur les pratiques, qui s'avèrent très pragmatiques, et ayant pour but de trouver coûte que coûte des solutions pour parer à l'infertilité de ces femmes. Afin de questionner cette tension, il m'est apparu essentiel de recueillir la parole des femmes en parcours d'AMP. Qu'en est-il de leur côté ? Quels parcours biographiques les ont amenés à envisager la maternité après 40 ans ? Quelles représentations se font-elles de la maternité, dite « tardive », dans le cadre d'une AMP ? Quelles connaissances ont-elles eu et ont-elles de l'infertilité féminine liée à l'âge ? Font-elles un lien entre leur démarche et une quelconque volonté de s'affranchir des limites « naturelles » de la

fertilité ? Voici quelques-unes des questions qui m'animaient lorsque j'ai entamé cette seconde enquête de terrain. Ces questions sont d'autant plus pertinentes que le nombre de prise en charge pour infertilité féminine liée à l'âge ne cesse d'augmenter.

À cela, d'autres interrogations sont venues s'ajouter à la suite des résultats de l'enquête auprès des professionnels. Nous avons vu que les médecins ont des marges de manœuvre concernant le tracé de la frontière temporelle de l'infertilité féminine, et agissent dans une *zone grise* au sein de laquelle ils mènent une « course contre la montre ». Comment les femmes se saisissent-elles de la course contre l'altération de leur réserve ovarienne ?

En outre, la vision « naturaliste » de l'infertilité féminine est centrale dans le discours social sur l'horloge biologique, mais aussi au cœur du modèle bioéthique délimitant les conditions d'accès et les limites d'âge de l'AMP. Nous avons pu constater que les professionnels justifient ainsi les limites de prises en charge des femmes et des hommes en mobilisant des arguments qui relèvent distinctement du biologique et du naturel pour les unes et du social pour les uns. Pour autant, l'enquête nous a également montré que les discours sur leurs pratiques témoignent d'une prise en compte de la dimension sociale de l'infertilité : la temporalité procréative n'est pas qu'une donnée « naturelle », elle est un enjeu d'action. Comment, alors, les femmes de plus de 40 ans en AMP aperçoivent-elles ces référents biologiques ou sociaux visant à limiter la procréation féminine et masculine ?

Les chapitres de cette partie, portant sur l'étude des trajectoires biographiques des femmes confrontées à une infertilité liée à l'âge, aborderont ces différents questionnements.

Le chapitre 8 est tout d'abord consacré aux questions et choix méthodologiques qui se sont posés en amont de cette deuxième enquête, ainsi qu'à la présentation des profils des enquêtées.

Le chapitre 9 explore les histoires biographiques des femmes rencontrées et les raisons pour lesquelles elles tentent d'avoir un enfant à plus de 40 ans. Nous verrons qu'elles ont fait face au cours de leur vie d'adulte à un sentiment d'*indisponibilité psychosociale à la maternité* généré par des situations variées. Un premier décalage avec le discours social sera constaté, concernant les profils et les parcours de ces femmes, ainsi que leur conception de la *temporalité procréative*.

Le chapitre 10 présente les interprétations que les femmes ont données de leur propre parcours biographique. Elles expliquent leurs choix de vie en lien avec la connaissance et la conscience qu'elles ont de leur corps et de la baisse de la fertilité avec l'âge. Elles témoignent de parcours de vie perçus comme adéquats avec les normes de société.

Le chapitre 11 présente les réactions des enquêtées lorsqu'elles ont appris avoir une infertilité liée à leur âge. Nous verrons qu'elles ont à ce moment-là ressenti une forme de discordance au sein même de leur corps. Nous proposerons alors une hypothèse interprétative de ce « ressenti » : il repose sur une distinction souvent méconnue, vécue au sein même de leur corps, entre leur *capacité ovarienne* et leur *capacité gestationnelle*. À partir de la théorie de la hiérarchie de Louis Dumont (1966), nous montrerons comment les deux parties du corps reproducteur que sont la *capacité ovarienne* et la *capacité gestationnelle* sont prises dans un rapport hiérarchique. Les retournements au sein même de ce rapport permettent aux femmes de s'engager avec détermination dans le parcours d'AMP. Pour résoudre cette infertilité partielle, elles se lancent alors dans une « course contre la montre ».

Les données de l'enquête présentées au fil de ces différents chapitres permettront d'approfondir l'analyse de la notion d'infertilité. Nous verrons en effet que l'infertilité féminine ne saurait être réduite au phénomène physiologique d'altération de la réserve ovarienne. La distinction entre *capacité ovarienne* et *capacité gestationnelle* permettra de montrer que les femmes confrontées à une infertilité liée à leur âge ne font pas face à une stricte infertilité physiologique mais à une infertilité partielle de leur capacité reproductive. De ce fait, elles se sentent légitime à se tourner vers l'AMP, afin de résoudre l'altération d'une partie de leur corps reproducteur, après quoi, elles savent qu'elles seront en capacité de porter, accoucher et élever l'enfant à venir. En outre, à travers l'étude des trajectoires biographiques des femmes, nous montrerons l'importance accordée à la dimension temporelle et relationnelle de l'engendrement, pour appréhender leur *temporalité procréative* et les seuils de la fertilité.

Chapitre 8 : Présentation de l'enquête « Patientes »

Avant de présenter les résultats de l'enquête dans les chapitres suivants, quelques éléments de contextualisation sont nécessaires. Nous allons tout d'abord présenter la méthodologie de l'enquête menée pour expliciter le contexte de recueil des données. Puis, nous exposerons les profils sociodémographiques des femmes interrogées.

1. METHODOLOGIE

Afin de rencontrer des femmes en parcours d'AMP, je me suis adressée aux mêmes centres au sein desquels l'enquête auprès des professionnels a eu lieu. Il m'importait en effet de mettre en perspective le discours des professionnels avec ceux des patientes en gardant à l'esprit les spécificités d'organisation et les pratiques médicales propres à chacun de ces deux centres.

Pour y parvenir, je me suis adressée par mail aux chefs de service de ces deux centres d'AMP et leur ai présenté cette nouvelle enquête comme étant la suite logique de celle réalisée auparavant. Après m'avoir reçu pour que j'expose et développe mon projet de recherche, les deux centres m'ont accepté sous diverses conditions. Les médecins du centre A m'ont d'abord demandé de réaliser un compte-rendu des résultats de l'enquête collective lors d'une réunion rassemblant tous les personnels du centre (réunion de staff). Au sein du centre B, il a été nécessaire de présenter mon projet devant chacun des responsables de service (biologie, gynécologie, administration), puis une convention de stage a été requise, ainsi que la signature de divers documents administratifs tels qu'une charte de confidentialité. Après avoir réalisé ces objectifs, j'ai alors pu commencer le recrutement des patientes.

Au sein du centre A, ce sont les médecins qui recrutaient pour moi les patientes, en particulier une d'entre eux. En effet, une médecin gynécologue et une psychologue

m'ont mise chacune une fois en relation avec une patiente. Mais toutes les autres inclusions ont été permises par une seule autre médecin gynécologue-obstétricienne, enthousiaste par la recherche proposée et ayant plusieurs fois appuyé mes démarches pour mener à bien mon enquête. Ces recrutements se déroulaient ainsi : lorsque la médecin recevait en rendez-vous un couple dont la femme avait 40 ans ou plus (cet âge étant mon critère de recrutement), dans ce cas, elle lui expliquait qu'une doctorante en sciences humaines et sociales réalisait une enquête auprès des femmes quadragénaires inscrites en parcours d'AMP. Elle lui demandait si elle acceptait que je la contacte pour lui présenter l'enquête. Après quoi (toutes acceptaient), la médecin m'envoyait leur nom et numéro de téléphone.

Ce mode d'inclusion interroge. Les patientes n'allaient-elles pas se sentir contraintes de répondre à la demande du médecin dans un souci de la satisfaire, de ne pas être mal vues et de ne pas risquer de compromettre le bon déroulé de leur démarche médicale ? Ceci sans ignorer les rapports de domination qui se jouent entre médecins et patients et qui ont déjà fait l'objet de nombreuses recherches (Memmi, 2003 ; Bataille et Virole, 2013 ; Compagnon et Ghadi, 2009 ; Doron *et al.*, 2011). Les médecins ne risquaient-ils pas d'opérer eux-mêmes une sélection, choisissant les patientes à m'adresser ou à ne pas m'adresser ? Mais dans ce moment de négociation ou le jeune chercheur tente avant toute chose d'avoir une réponse favorable à sa demande d'accès à un terrain de recherche, la négociation des conditions d'accès au terrain peut être relativement délicate. Le placement du curseur parmi les degrés de négociation possibles n'est pas toujours évident à définir : entre le sentiment d'avoir déjà beaucoup obtenu de son informateur qui permet l'accès au terrain (en l'occurrence l'accès aux patientes d'une institution hospitalière dont l'autorisation d'accès est incontournable) ; la crainte d'exagérer en négociant en plus ses propres règles dans la façon de recruter les enquêtées et de recueillir les informations souhaitées (appuyé par la volonté de ne pas trop déranger l'informateur sur son temps et lieu de travail) ; et le souhait de ne pas se laisser dicter des règles d'enquête qui affecteraient le recueil des informations. Sans avoir moi-même directement accès aux informations des patientes depuis leurs dossiers, le mode de recrutement qui m'était proposé via les médecins m'a alors convenu. De plus, il m'a semblé que j'évitais dans une certaine mesure que les patientes ne se sentent contraintes de participer à l'enquête car la médecin-gynécologue ne les recrutait pas directement mais leur

demandait simplement si elles acceptaient que je les contacte. En outre, lorsque je les appelais, le soir même ou le lendemain, je leur expliquais avoir eu leur numéro de téléphone par la médecin en question mais ne pas être moi-même affiliée à l'institution hospitalière.

Je me présentais en tant que doctorante de l'EHESS menant une recherche dans le cadre de sa thèse, puis j'exposais le sujet de l'enquête. J'expliquais que cette enquête constituait le 2ème et dernier volet de mon travail de thèse et qu'elle portait sur l'expérience de l'AMP, le vécu du temps et la confrontation aux limites d'âge de prise en charge en AMP. J'expliquais que du fait que les femmes sont davantage concernées que les hommes par la confrontation aux limites d'âge pour accéder à l'AMP et par la confrontation à une infertilité liée à l'âge, mon enquête s'adressait uniquement à elles. Je leur expliquais également à ce moment-là que l'entretien d'une durée d'environ 1h30 se décomposait en 3 parties : l'histoire personnelle, le vécu du parcours d'AMP, et des questions d'opinions sur la législation française encadrant l'AMP. À l'issue de cette présentation, je leur proposais à ce moment-là de participer ou non à l'enquête. Si elles répondaient favorablement, dans ce cas, nous convenions d'un rendez-vous ultérieur à leur domicile, sur leur lieu de travail, au centre d'AMP à l'hôpital, ou à mon laboratoire de recherche, selon leur convenance. Tous les entretiens proposés ont abouti. Les femmes acceptaient volontiers de participer à mon enquête, formulant souvent qu'elles seraient ravies que leur expérience puisse être utile pour la recherche et les générations futures. Cet enthousiasme et ce volontarisme à participer à l'enquête se sont souvent retrouvés lors des entretiens. J'ai en effet peu eu à intervenir face à des femmes loquaces, dépassant largement le temps annoncé d'entretien et prodiguant des conseils à transmettre, tant sur la période précédant le projet parental, que sur le parcours d'AMP à propos duquel elles conseillaient plusieurs améliorations. Dans leurs situations, les choses ne se sont pas passées comme elles l'auraient voulues (dans le sens où personne ne souhaite passer par l'AMP pour avoir un enfant si elle peut l'éviter), et elles ont tiré des leçons de cette expérience qu'elles souhaitaient partager. Elles ont donc souvent saisi l'entretien comme une occasion de partager leurs expériences. Notons à ce propos que ma position d'enquêtrice, jeune femme alors de 29 ans, sans enfant (elles posaient parfois la question), a sans doute contribué à cette attitude de leurs parts. Elles estimaient en effet que je pouvais moi-même profiter de leurs expériences, à savoir notamment de

ne pas trop attendre avant de faire des enfants et de prendre garde à la vitesse du temps qui passe.

Ces observations valent tout autant pour le centre B, même si j'ai eu quelques refus de participation à l'enquête. Le mode de recrutement au sein de ce centre a été différent, pour deux raisons principales : l'organisation interne du lieu et la spécialité du médecin m'ayant introduit. Concernant l'organisation interne, je fais ici référence au rôle des secrétaires. Elles sont beaucoup plus nombreuses qu'au sein du centre A et ont un rôle plus important dans le suivi des dossiers et l'organisation du parcours médical avec les patientes. Au sein du centre A ce rôle est celui des sages-femmes. Concernant mon introduction sur place, alors que dans le centre A, mon contact principal était une gynécologue, dans le centre B, il s'agissait d'un biologiste. Ce dernier a proposé d'emblée que le recrutement des patientes se fasse avec l'aide des secrétaires. Il a été convenu que je m'informerai auprès des secrétaires du service de gynécologie des horaires de rendez-vous des femmes de 40 ans ou plus afin de leur présenter l'enquête lorsqu'elles seraient en salle d'attente. Dans ce centre d'AMP, tous les matins, de 8h à 12h, ont lieu les prises de sang et les échographies pour le suivi du traitement hormonal. C'est au cours de ce laps de temps, entre les deux rendez-vous médicaux que je leur présentais l'enquête et leur proposais d'y participer. Dans quelques cas, l'entretien avait lieu immédiatement dans une salle de consultation vide, dans d'autres cas, il était programmé ultérieurement à l'hôpital lors d'un prochain rendez-vous médical, ou à leur domicile, ou encore sur mon lieu de travail (à l'EHESS à Marseille dans une salle de cours) ou plus rarement, sur leur lieu de travail. Celles qui ont refusé de participer à mon enquête (4 femmes) l'ont justifié par rapport au fait qu'elles habitaient loin du centre d'AMP et de Marseille et devaient partir rapidement après chaque rendez-vous médicaux, notamment pour pouvoir se rendre à leur travail. En effet, si une majorité des femmes que j'ai pu interroger habitaient à Marseille, quelques-unes provenaient plus largement de la région PACA. Les centres d'AMP drainent en effet une patientèle issue de toute la région. Dans d'autres cas enfin, certaines femmes n'ont ni franchement accepté de participer à l'enquête, ni franchement refusé. Je distribuais à toutes une fiche de présentation de l'enquête et du déroulement de l'entretien avec mes coordonnées, dans ce dernier cas, je leur proposais de me contacter si elles souhaitaient finalement participer. Sur les cinq fiches distribuées, aucune n'a donné suite à un entretien.

Au final, la plupart des femmes rencontrées ont facilement accepté de participer à l'enquête et ont souvent souhaité saisir l'occasion de l'entretien pour exprimer leurs vécus et partager leurs expériences. Ainsi, 23 entretiens ont été effectués : 11 auprès de patientes du centre d'AMP A et 12 auprès de patientes du centre B. Leur durée a varié entre 1h30 et 2h30.

Un troisième centre d'AMP est présent dans le centre-ville de Marseille. Il s'agit d'un centre privé. En supposant qu'il attire un public de patients plus spécifique que les deux autres centres d'AMP, à savoir des personnes issues principalement des catégories socioéconomiques supérieures, j'avais envisagé d'élargir mon terrain de recherche à ce troisième centre afin d'être certaine d'inclure dans mon enquête tous les profils possibles de femmes. Néanmoins, je n'ai pu atteindre cet objectif, toutes mes démarches et relances pour venir présenter mon enquête sont restées sans réponses, malgré mon obstination et un renouvellement constant de ma demande. Toutefois, j'estime que les deux centres enquêtés, l'un public et l'autre semi-privé, m'ont tout de même permis d'avoir accès une diversité des profils des femmes confrontées à une infertilité liée à l'âge.

Le format des entretiens sociologiques semi-directifs que j'ai mené allie différentes approches : semi-directive, compréhensive, clinique. Précisons que la méthode de la semi-directivité comprend en effet différents ancrages théoriques et différentes méthodes. La posture semi-directive repose sur la formulation de questions ouvertes, l'interviewé a la possibilité de développer librement chacune des réponses qu'il formule. L'enquêteur possède une grille d'entretiens composée d'une série de questions relativement standardisées dans le but de faciliter leur comparaison. Dans le prolongement de cette méthode, d'autres approches sociologiques se sont développées telles que l'approche compréhensive et l'approche clinique, au croisement desquelles j'ai inscrit ma méthode d'entretiens (Fugier, 2010). L'entretien compréhensif personnalise davantage les questions au fil de l'entretien et repose sur un échange actif entre l'enquêté et l'enquêteur. Cette approche considère l'enquêté comme un producteur de connaissances et non seulement de représentations (Kaufmann, 1996). Sur ce point, la sociologie clinique va plus loin encore, et considère l'enquêté comme un analyste du monde social et de ses propres expériences.

L'enquêteur, au moyen de relances, amène l'enquêté à approfondir l'analyse qu'il produit de sa propre expérience (Blondel, 2007). Ma démarche s'est située entre ces trois approches, au sein d'un même entretien (Fugier, 2010). J'ai en effet alterné les phases semi-directives (au moment des questions sociodémographiques), les phases compréhensives (au moment des questions portant sur la description des trajectoires biographiques et du parcours d'AMP), et les phases cliniques (au moment des questions engageant un retour réflexif sur certaines étapes (telles que le moment d'avoir un enfant, la découverte de l'infertilité, le choix d'un parcours d'AMP...)). Cette approche permettait aux femmes interrogées de développer et d'approfondir leurs réponses et ainsi, d'apporter des données à ma problématique par-delà mes hypothèses préliminaires. Cela a permis l'apparition de nouvelles hypothèses et d'enrichir l'analyse. J'ai ainsi pu prendre en compte les arguments que les femmes concernées avançaient elles-mêmes pour expliquer leurs vécus et attitudes vis-à-vis de l'infertilité liée à l'âge.

Voici plus en détail quelle était la structure des entretiens, composés de quatre parties :

- 1) *L'histoire personnelle et conjugale* : les femmes rencontrées étaient interrogées sur leur âge ainsi que celui de leur compagnon, leur situation conjugale actuelle, la durée du couple actuel, leurs histoires conjugales ainsi que celles de leur compagnon, s'ils avaient déjà eu des enfants ou non, leur passé étudiant et professionnel, leur situation professionnelle actuelle, la date d'apparition du désir d'enfant et de la mise en place du projet d'enfant jusqu'au diagnostic d'infertilité.
- 2) *Le déroulé du parcours d'AMP* : les femmes étaient interrogées sur les examens et actes médicaux qu'elles ont eu à réaliser en suivant leur chronologie, sur leurs vécus de ces différentes étapes, l'impact de ce parcours sur leur vie personnelle, conjugale et professionnelle, les échanges qu'elles avaient avec leur proches (familles et amis) sur ce parcours.
- 3) *Le vécu de l'âge* : les questions portaient sur la perception de l'âge et du fait d'avoir un enfant après 40 ans, sur l'existence d'une limite d'âge à ne pas dépasser qu'elles se seraient elles-mêmes fixées et sur la justification de cette limite.

- 4) *Les questions d'opinions sur la législation française encadrant l'AMP* : ces questions concernaient les limites d'âge posées aux femmes, l'opposition normal/pathologique du cadre bioéthique français, les difficultés du recours au don d'ovocyte en France après 40 ans, l'autoconservation sociétale des ovocytes. Lors de l'entretien, nous exposons les détails techniques et législatifs français concernant chacun de ces quatre points suite à quoi l'avis de l'interviewée était sollicité.

Cette structure de l'entretien en 4 parties n'était pas distincte lors de la passation d'entretien, chaque fin de partie découlait logiquement sur les questions de la partie suivante. Ainsi la première partie terminant sur le projet d'enfant et la découverte de l'infertilité était logiquement suivie par le début du parcours d'AMP et son vécu. Puis, le thème de l'âge apparaissant déjà à travers l'histoire du parcours d'AMP, les questions de la partie 3 revenaient plus précisément sur ce thème en restant dans le fil de la discussion. Enfin, solliciter leurs opinions sur l'encadrement des techniques dont elles venaient de décrire longuement le vécu clôturait là encore logiquement notre échange.

La méthode d'analyse des entretiens a aussi mobilisé plusieurs approches : l'analyse par entretien et l'analyse thématique. L'analyse par entretien consiste à rendre compte pour chaque entretien des processus et modes d'organisation individuels (Blanchet et Gotman, 1992). L'analyse thématique consiste, non pas à s'intéresser à la singularité du discours, mais à étudier de manière transversale les entretiens afin d'en dégager les thèmes communs (*Ibid.*). Ces deux méthodes d'analyse sont complémentaires et leur combinaison permet de faire apparaître les différences, les similitudes entre les discours des enquêtés, tout en prenant en compte leurs singularités.

2. DES ENQUÊTÉES BIEN LOIN DU STÉRÉOTYPE DE LA FEMME « CARRIÉRISTE » ET HAUTEMENT DIPLÔMÉE

Tant par leurs histoires sentimentales que leurs situations socioéconomiques, les femmes rencontrées ont des profils variés et relativement communs : elles travaillent, se situent majoritairement au sein de la classe moyenne, elles sont en couple hétérosexuel⁴⁶ en concubinage, mariées ou pacsées, leurs compagnons sont majoritairement plus âgés qu'elles, parfois du même âge et plus rarement, plus jeunes. Ces profils divers ne sont pas singuliers mais correspondent à la diversité des situations que connaît une part importante des femmes françaises contemporaines (la classe moyenne représente environ la moitié de la population adulte en France⁴⁷).

Le tableau ci-après détaille les informations sociodémographiques pour chacune des femmes interrogées.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des enquêtées et de leur conjoint

⁴⁶ Toutes les femmes interrogées étaient en couple hétérosexuel puisque cela est une condition obligatoire en France pour accéder à l'AMP et que je les ai recrutées via des centres d'AMP français.

⁴⁷ Source : Observatoire des inégalités. URL : <http://www.inegalites.fr/spip.php?article1015>

Identification de l'entretien	Âge femme	Profession ou secteur d'emploi femme	Âge homme	Profession ou secteur d'emploi homme	Durée du couple au moment de l'entretien	Durée entre la mise en couple et le début du projet parental	Durée entre le début du projet parental et le moment de l'entretien
1A Aurélie	41	Cadre RH	43	Gestionnaire de patrimoine en assurance	2 ans	1 an	1 an
2A Noëlle	40	Assistante juridique	37	Cuisinier	4 ans	1 an	3 ans
3A Clarisse	42 ans 11 mois	Vendeuse	46	Gardien d'immeuble	2 ans	1 mois	2 ans
4A Christina	42	Professeure en lycée	42	Comptable	3 ans	6-8 mois	2 ans
5A Marion	42	Auxiliaire de vie	45	Agent de sécurité	12 ans	2 ans	10 ans
6A Danielle	40	Conseillère dans une banque	41	Infographiste	11 ans	1 an (1er)	2 ans (2nd)
7A Audrey	43	Aide-ménagère service à la personne	41	Reprographie	3 ans	6 mois	2 ans 1/2
8A Mounia	42	Ingénieure informatique	40	Ingénieur informatique	11 ans	9 ans	2 ans
9A Claude	40	Aide-soignante	40	Employé Eaux de Marseille	9 ans	5 ans	4 ans
10A Samantha	42	Institutrice	47	Contrôleur à l'inspection du travail	7 ans 1/2	1-2 ans	5-6 ans
11A Maria & Bastien	41	Sociologue	37	Sociologue	8 ans	5 ans	3 ans
1B Émilie	41	Assistante programmation musicale	30	Graphiste	5 ans	2 ans	3 ans
2B Sarah	42 ans 11 mois	Graphiste	46	Factotum d'un parti politique	5 ans	1 an	4 ans
3B Lucile	40	Officier de police	43	Secrétaire général de mairie	24 ans	21 ans	3 ans
4B Géraldine	41	Kinésithérapeute	43	Ingénieur	2 ans	1 an	1 an
5B Mélanie	40	Architecte	48	Maîtrise d'œuvre	18 mois	1 an	6 mois
6B Françoise	41	Accompagnatrice à l'emploi	38	Responsable agence commerciale	5 ans 1/2	1 an	3-4 ans
7B Estelle	43	Ostéopathe	45	Directeur commercial	3 ans	immédiat	3 ans
8B Laura	40	Dentiste (arrêt du travail depuis 1 an)	36	Marin	12 ans	1er enfant : 4 ans, 2nd : 2 ans après	2 ans (2nd)
9B Caroline	40	Éducatrice	39	Employé TP	3 ans	6 mois	2 ans 1/2
10B Charlotte	43	Institutrice	44	Mécanicien	7 ans	4 ans	3 ans
11B Cécilia	43	Informaticienne	50	Ingénieur réseau	15 ans	12-13 ans	2-3 ans
12B Marie-Claire	40 ans 5 mois	Psychologue - Sophrologue	39	Directeur d'une PME	8 ans	1 an	7 ans

Ce tableau présente l'âge et la profession de chaque femme interrogée et de son compagnon, la durée de leur couple, la durée de la période entre leur mise en couple et le début de leur projet parental et enfin, celle entre le début du projet parental et le moment de l'entretien.

Parmi les 23 couples rencontrés, un peu moins de la moitié sont composés d'hommes plus âgés que leur conjointe (10/23), un peu moins d'un tiers ont le même âge à un an près (6/23), et un tiers d'entre eux sont composés de femmes plus âgées que leur conjoint (7/23). Il s'agit là d'une configuration relativement commune à celle que l'on retrouve dans la population française : en 2012, en France, « dans 56 % des couples, l'homme est « plus âgé » que la femme. Dans 30 % des couples, les deux conjoints ont le même âge à un an près, et dans 14 % des couples, l'homme est le « plus jeune ». »⁴⁸. Une surreprésentation des couples dont la femme est plus âgée que l'homme apparaît dans notre échantillon par rapport à la moyenne nationale.

Les femmes interrogées, et plus largement leur couple, se situaient principalement au sein de la classe moyenne, allant de la classe moyenne inférieure à la classe moyenne supérieure. Seul le couple 1A semble se situer au sein de la classe supérieure, en se basant uniquement sur les professions annoncées. Les niveaux socioéconomique des femmes du centre A (public) sont plus variés que ceux du centre B (semi-privé) au sein duquel seuls des couples de la classe moyenne supérieure ont été recrutés.

D'emblée ces données nous montrent que, contrairement au stéréotype parfois véhiculé dans la société, ainsi que par les médecins comme nous l'avons vu au sein des précédentes parties, le report de maternité après 40 ans n'est pas nécessairement le fait de femmes « carriéristes », hautement diplômées et inscrites dans une classe sociale supérieure. Leur situation est en réalité plus variée et moins caricaturale.

Nous avons déjà pu voir que la part des maternités dites « tardives » représentée par les femmes moins diplômées et de niveaux socioéconomiques modestes est principalement le fait de naissances multiples (Bessin *et al.*, 2005; Bessin et Levilain, 2012; Toulemon, 2005; Mogueurou *et al.*, 2011). Or, elles ne se trouvent pas

⁴⁸ Source : INSEE. URL : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2121591>

représentées parmi les femmes infertiles de plus de 40 ans prises en charge, puisqu'avoir déjà plusieurs enfants les exclut de l'AMP.

En ce qui concerne les femmes de catégories socioéconomiques supérieures, nous pouvons faire l'hypothèse que leur sous-représentation dans notre échantillon est éventuellement lié au fait qu'elles sont davantage présentes au sein du centre d'AMP privé de la ville de Marseille, au sein duquel je n'ai pas eu l'autorisation d'enquêter. Cela étant dit, il s'avère néanmoins que les médecins des deux centres d'AMP enquêtés faisaient référence aux femmes « carriéristes » alors même que leur présence réelle au sein de ces centres, ou plutôt, leur surreprésentation parmi les femmes « âgées », semble relever du mythe (Vialle *et al.*, 2016).

Les caractéristiques des enquêtées montrent que la maternité après 40 ans ne s'explique plus seulement selon une bipolarisation représentées à la fois par les non diplômées et les très diplômées, ainsi que par les femmes des deux extrémités de l'échelle sociale (Bessin *et al.*, 2005). Le lien qui se joue entre maternité tardive, position sociale et niveau d'éducation nous semble peu pertinent et témoigne d'un changement social des normes d'âge à la procréation.

Par ailleurs, la durée de vie commune des couples actuels des femmes rencontrées est très variable, elle fluctue entre 18 mois et 24 ans, la médiane étant 5 ans. La moitié des femmes interrogées (12/23) forme des *couples récents* (allant de 18 mois à 5 ans) tandis que l'autre moitié (11/23) forme des *couples anciens* (allant de 7 à 24 ans).

Parmi les femmes en *couples récents* :

- 2 ont connu une très longue période de célibat avant de rencontrer leur compagnon actuel,
- 4 ont connu une première union de longue durée (dont deux avaient un enfant de cette précédente union),
- 6 ont vécu des multiples mises en couple de courtes durées.

Parmi les femmes en *couples anciens* :

- 2 d'entre elles sont inscrites dans un parcours d'AMP depuis de nombreuses années (de 4 à 6 ans),

- une n'a jamais eu de désir d'enfant jusque-là,
- 3 avaient un désir d'enfant qui n'était pas partagé par leur compagnon,
- 3 avaient un désir d'enfant tout en pensant avoir le temps avant de mettre en place ce projet,
- 2 enfin étaient en parcours d'AMP pour un deuxième enfant dans le cadre du même couple.

Ainsi, 19 des 23 femmes interrogées n'ont pas d'enfant au moment des entretiens et sont donc inscrites en parcours d'AMP pour une première naissance. Pour la majorité des femmes, l'enjeu du parcours d'AMP est donc d'accéder au statut de mère. Pour ce qui est de leur compagnon, 2 avaient donc déjà un enfant, nous l'avons dit, et 3 avaient des enfants d'une précédente union. Pour la majorité d'entre eux aussi (18 sur 23), l'enjeu du parcours est donc également d'accéder au statut de père.

À ce stade, on constate un panel varié de profils parmi les femmes que nous avons rencontrées. Le point commun à toutes ces femmes, les amenant à déroger à la moyenne, est d'essayer d'avoir un enfant après 40 ans, bien après l'âge moyen à la maternité actuel qui est de 30 ans (Pison, 2010). Plus encore, la plupart d'entre elles étaient en parcours d'AMP à plus de 40 ans pour un premier enfant, quand l'âge moyen à la naissance du premier enfant est actuellement de 28 ans en France (*Ibid.*).

Nous allons par la suite approfondir l'analyse de leurs trajectoires biographiques, néanmoins, avant de présenter les résultats de l'enquête, il semble important de préciser un dernier élément de contextualisation des données recueillies. Les récits auprès des femmes interrogées décrivent des parcours qui conduisent à une infertilité liée à l'âge. Toutefois, cette infertilité n'est pas la fin de leurs parcours, elle en est une étape. Elles étaient en effet pour la plupart d'entre elles en cours de parcours d'AMP lorsque nous les avons rencontrées (20 sur 23). Par conséquent, pour la majorité d'entre elles, l'issue du parcours d'AMP était encore incertaine. Ce contexte d'incertitude est à prendre en compte dans la lecture de leurs récits. Lorsque je les ai rencontrées, leurs discours concernaient un événement *en train de se faire ou bien de se défaire*, une histoire en cours au dénouement inconnu : avoir un enfant et devenir parent ou, ne pas avoir d'enfant et renoncer à la parenté. C'est ce présent à l'issue incertaine qui configure les récits recueillis. En effet, « le récit ne peut que

mettre en jeu le présent, puisque c'est à partir du présent de celui qui parle qu'il est recomposé. C'est au présent qu'il donne sens, et non pas seulement à ce qui est fini. » (Théry, 1993 : 259). Les discours des femmes interrogées justifiaient ainsi l'action en cours, ils donnaient des raisons à leur lutte pour mener à bien leur projet parental au-delà de 40 ans.

Chapitre 9 : La notion de disponibilité à la maternité et ses quatre formes

Après avoir présenté les profils des femmes interrogées et observé qu'ils sont en réalité plus variés que ne le suggèrent le discours social, ce chapitre étudie à présent leurs trajectoires biographiques de manière approfondie. Nous allons voir que différents motifs d'*indisponibilité* expliquent que le projet parental n'ait pas été mis en place plus tôt dans la vie des enquêtées. Ces motifs témoignent de l'évolution de la « norme procréative » et de l'importance accordée aux conditions de la maternité (Bajos et Ferrand, 2006a). Ils montrent aussi que pour avoir un enfant, à la différence des médecins qui insistent sur l'importance de la *disponibilité physiologique à la procréation*, les enquêtées font état spontanément de la *disponibilité psychosociale à la maternité*.

Cette disponibilité à la maternité prend des formes variées que nous avons regroupées en fonction de quatre grandes situations : la *disponibilité partenariale*, la *disponibilité conjugale*, la *disponibilité matérielle*, et la *disponibilité affective*.

La disponibilité désigne l'état de ce dont on peut disposer. Par opposition, l'indisponibilité désigne l'état de ce dont on ne peut disposer. Cet état peut être celui d'une chose ou d'une personne. À travers la notion de *disponibilité psychosociale à la maternité*, nous nous référons à l'état des femmes rencontrées. Ces dernières étaient disponibles ou indisponibles, soit en état de disponibilité ou d'indisponibilité, pour avoir un enfant en raison des différentes situations dans lesquelles elles se trouvaient, qu'il s'agisse de leur situation partenariale, conjugale, matérielle ou encore affective. Mais cet état de disponibilité ou d'indisponibilité en fonction des situations n'est pas absolu. Il s'agit d'un ressenti : elles avaient le sentiment que certaines situations les rendaient disponibles pour avoir un enfant quand d'autres situations les amenaient à se sentir indisponibles. Ce sentiment est relatif puisque ce qui relève d'une situation de disponibilité pour une femme pourrait ne pas l'être pour une autre et inversement. Néanmoins, nous allons voir comment et en quoi certaines situations conjugales,

partenariale, matérielle et affective ont participé au ressenti d'un sentiment d'*indisponibilité à la maternité* pour les femmes rencontrées. Autrement dit, nous allons voir pourquoi dans ces différentes situations, la question d'avoir un enfant ne se posait tout simplement pas pour elles, jusqu'à ce que le sentiment de disponibilité apparaisse.

De nombreux travaux se sont questionnés sur le passage du désir d'enfant à sa concrétisation : quand prend-on cette décision, quand se sent-on prêt à avoir un enfant, selon quelles conditions ? (Mazuy, 2006, 2009 ; Diasio, 2009 ; Régnier-Loilier et Solaz, 2010 ; Régnier-Loilier, 2007 ; Orain, 2007). Mais aussi, dans quels cas et pourquoi ne se sent-on pas prêt, notamment à travers l'étude de l'avortement (Bajos et Ferrand, 2006a, 2006b ; Bajos *et al.*, 2002, 2004 ; Boltanski, 2004). Nous proposons dans ce chapitre de déplacer notre regard et de le délimiter dans un premier temps à la question : qu'est-ce qui fait que l'on ne se sent pas *disponible* pour avoir un enfant jusqu'à 35-40 ans ?

Comment qualifier ce ressenti à partir de la littérature existante ? Si Magali Mazuy, dans le cadre de sa thèse de doctorat de démographie, a étudié l'entrée en parentalité des hommes et des femmes en France et s'interrogeait sur les conditions nécessaires au fait de « se sentir prêt-e » pour avoir un enfant, c'est davantage la notion de « *disponibilité* » que nous souhaitons mobiliser dans cette thèse. Ce terme apparaît certes dans les travaux de Mazuy et d'autres chercheurs, mais désigne à chaque fois exclusivement le fait d'avoir du temps pour pouvoir s'occuper de l'enfant à venir (Mazuy, 2009 ; Bajos et Ferrand, 2006a ; Bloch et Buisson ; 1999). Notre usage de cette notion est beaucoup plus large ; le terme de « *disponibilité* » s'est imposé lors de la réalisation de l'enquête de terrain, sans doute en raison de l'existence d'une nuance dans le sens et l'usage de ces deux notions. La plupart des femmes rencontrées déclarent en effet avoir un fort désir d'enfant depuis plusieurs années, mais pour différentes raisons que nous allons explorer, elles avaient le sentiment d'être indisponibles pour pouvoir concrétiser ce désir et repoussaient à plus tard leur projet parental. Il nous a clairement semblé qu'elles expliquaient parfois s'être sentie prête pour avoir un enfant plusieurs années avant d'essayer d'en avoir un, mais compte tenu des situations dans lesquelles elles se trouvaient, le sentiment d'indisponibilité prévalait, souvent malgré elles. C'est ainsi cette notion d'*indisponibilité* qui s'est imposée avant celle de *disponibilité* : les femmes

exprimaient le sentiment d'être indisponibles pour avoir un enfant avant 40 ans. Ce sentiment d'*indisponibilité à la maternité* témoigne ainsi, par opposition, de la nécessité du sentiment de *disponibilité* pour avoir un enfant. Non seulement il faut se sentir prêt-e mais encore faut-il aussi se sentir disponible : se sentir prêt-e renvoie, semble-t-il, avant tout à la dimension psychologique, au ressenti individuel. Certes, ce ressenti n'est pas détaché du contexte social, mais ce dernier nous semble moins visible à travers cette notion. À l'inverse, la notion de *disponibilité*, et plus encore, celle de *disponibilité psychosociale à la maternité* nous semble mieux désigner la complexité de ce ressenti à la fois individuel et extérieur à soi. Pour avoir un enfant, il faut se sentir prêt-e et disponible : la notion de *disponibilité psychosociale à la maternité* englobe cette condition psychologique de se sentir personnellement prêt-e.

Explicitons également notre usage de la notion de « norme procréative ». Elle a été élaborée par Nathalie Bajos et Michèle Ferrand dans le cadre de leur étude sur le recours à l'IVG en France (2006a). Pour les deux auteures, cette norme « définit le « bon moment de la maternité » : ni trop tôt ni trop tard, entre 25 et 35 ans (avant, les grossesses sont stigmatisées comme « précoces » (Le Van, 1997), après, comme « tardives », donc « à risque » (Langevin *et al.*, 1982) » (*Ibid.* : 92). Mais ce n'est pas tout, les auteures expliquent également que la « norme procréative » définit quelles seraient les « bonnes » conditions pour avoir un enfant, à savoir : « un couple parental, stable affectivement, psychologiquement et matériellement, cette naissance s'inscrivant dans un projet parental, et survenant au bon moment des trajectoires professionnelles des deux parents. » (*Ibid.* : 92). Ce que nous nommons *sentiment de disponibilité à la maternité* correspond ni plus ni moins aux conditions de cette norme procréative énoncées par Bajos et Ferrand. L'apport de ce chapitre ne se situe donc pas dans le constat qu'il existe des conditions multiples pour se sentir disponible pour avoir un enfant, mais plutôt dans la démonstration de l'écart existant entre les représentations médicales de la maternité et celles des femmes interrogées. Ce chapitre montre également comment les conditions de la maternité, telle que définit par la *norme procréative*, sont à l'origine même du report dans les âges de la maternité et ainsi, participent à l'évolution des normes d'âge d'entrée en parenté.

Après avoir consacré les quatre premières parties du chapitre à la présentation de chacune des quatre formes de *disponibilité*, nous étudierons dans le cinquième

point le basculement du sentiment d'*indisponibilité* à celui de *disponibilité à la maternité*. Nous expliciterons ainsi la temporalité du projet parental dans la vie des femmes interrogées, soit la place de leur *temporalité procréative* dans leur *temporalité biographique*⁴⁹. Puis, dans une sixième et dernière partie, nous questionnerons les asymétries de genre face à cette *temporalité procréative*. Nous présenterons les différences d'attitudes entre hommes et femmes au sein des couples interrogés, en ce qui concerne l'émergence du désir d'enfant et la mise en place du projet parental.

Nous verrons ainsi comment les normes d'entrée en parenté diffèrent entre le discours social et médical et les femmes interrogées. Si les médecins insistent sur la nécessité de se conformer à la disponibilité physiologique pour avoir un enfant, les femmes témoignent de l'importance des conditions pour élever un enfant, qui avant 35 ans, sont souvent jugées défavorables. Elles montrent ainsi l'importance de la dimension relationnelle et temporelle de l'engendrement dans la décision d'avoir un enfant, en se projetant dans un futur à ses côtés. Nous verrons que les raisons qu'elles évoquent sont variées et ne se résument pas, comme le présente le discours social, à un choix délibéré entre carrière professionnelle ou maternité.

1. LA DISPONIBILITÉ PARTENARIALE

La question de la *disponibilité partenariale* prend forme dans un contexte d'acceptation croissante de l'instabilité sentimentale, émergeant dans les sociétés occidentales depuis la fin du XXème siècle. Les couples se font et se défont plus souvent qu'auparavant, sans que cela ne soit pour autant l'objet de réprobations sociales (Prioux, 2005 ; Déchaux, 2009 ; Giddens, 2004). Ainsi, les périodes de célibat sont devenues plus fréquentes au cours de la vie, à tout âge, et bien que pèse toujours une certaine pression sociale à la mise en couple, le célibat n'est plus l'objet d'une stigmatisation sociale. Il est désormais plus fréquent qu'auparavant que des femmes désireuses d'avoir un enfant ayant entre 30 et 40 ans repoussent leur projet d'enfant en raison d'un célibat. Dans le cadre de notre enquête, nous avons vu que

⁴⁹ Pour rappel, nous avons défini ces deux notions au sein du chapitre 4 de la thèse.

sans partenaire, la question de faire un enfant ne se pose pas. Le sentiment d'*indisponibilité à la maternité* prévaut.

Nous proposons ainsi de mobiliser la notion de *disponibilité partenariale* pour désigner le fait de se sentir disponible ou non pour avoir un enfant en lien avec la situation suivante : célibataire ou avec un partenaire. Les femmes interrogées ont témoigné du fait qu'être en couple, et plus encore être dans le « bon » couple, est une condition nécessaire au sentiment de *disponibilité* pour fonder une famille. À l'inverse, sans partenaire ou bien sans être avec le « bon » partenaire, c'est le sentiment d'*indisponibilité* qui prévaut. Plusieurs femmes interrogées ont expliqué qu'en raison de leur célibat, elles ont été amenées à reporter leur projet parental, jusqu'à ce qu'elles rencontrent le « bon » partenaire à un âge déjà avancé.

Parmi ces femmes, la situation de célibat à l'approche de leur 40 ans faisait suite à des histoires sentimentales variées : certaines avaient précédemment été dans une première union de longue durée, d'autres avaient connu plusieurs histoires de couple aux durées variables. Dans un cas comme dans l'autre, ces unions ont pu être suivies par des périodes de célibat plus ou moins longues, jusqu'à ce qu'elles rencontrent leur partenaire actuel peu avant 40 ans. Ce sont donc les femmes en *couple récent* au moment de l'entretien qui ont été concernées par ce sentiment d'indisponibilité. Ce sentiment témoigne de l'importance de la dimension relationnelle pour fonder une famille. Sans partenaire durable, la question d'avoir un enfant ne se pose pas, comme le montre le récit d'Émilie :

J'avais entre 30 et 35 ans, et c'était une relation qui s'enlisait, je me disais... bon je commençais à me dire que, je ne sais pas... je me posais des questions sur le fait d'avoir un enfant. C'est vraiment à partir de cet âge-là en plus que j'ai commencé vraiment à avoir un désir d'enfant. Et en recherchant l'information, jusqu'à quel âge on peut avoir des enfants, c'est là que j'ai commencé à me documenter sur internet, à lire un petit peu tous les sujets, et là très clairement c'était écrit noir sur blanc que, passé 35 ans, c'est la catastrophe, enfin, pas la catastrophe mais ça décroît et plus on s'approche de la quarantaine, c'est de pire en pire. Donc là, ça a vraiment commencé à me préoccuper, (...) c'était quelque chose quand même que j'avais à l'esprit et ça m'angoissait de ne pas avoir d'enfant, de ne pas pouvoir un jour avoir d'enfant. (Entretien P1B – Elle : 41 ans, Lui : 30 ans)

– Durée vie commune : 5 ans – Projet d’enfant au bout de : 2 ans – En cours de parcours d’AMP, en attente d’une 4^{ème} et dernière FIV et en cas d’échec recours au don d’ovocyte en Espagne prévu)

Le témoignage d’Émilie montre que malgré un fort désir d’enfant, le projet parental n’est pas envisagé lorsqu’il n’y a pas de partenaire. Les récits de Charlotte, Christina et Géraldine ci-après, montrent quant à eux l’importance non seulement d’être en couple pour avoir un enfant, mais plus encore, l’importance de trouver la « *bonne personne* » pour réaliser ce projet. Celle qui partagera les mêmes attentes au même moment notamment concernant le projet d’avoir un enfant, qui ne sera pas qu’un géniteur, mais un futur père.

Charlotte : Moi j’attendais, je voulais vraiment alors, avoir un enfant de façon... voilà avec quelqu’un avec qui j’étais bien. (...) Voilà, avoir un enfant pour avoir un enfant, seule, ce n’était pas mon but. (Entretien P10B - Elle : 43 ans, Lui, 44 ans – Durée vie commune : 7 ans – Projet d’enfant au bout de : 4 ans – En cours de parcours d’AMP, en attente de la 4^{ème} et dernière FIV/ICSI et en cas d’échec recours au don d’ovocyte à l’étranger prévu)

Christina : Moi je trouve que c’est ceux qui ont voulu un enfant à tout prix très jeunes avec le premier qui passe sans réfléchir à savoir si c’était la personne, pour moi c’est plus égoïste et moi mon choix il était là. Parce que dans mon entourage personnel moi j’en connais des très très proches de moi qui quand je leur avais dit « mais tu es amoureuse, tu veux... », « ouai mais tu comprends moi je veux un enfant », et moi entendre ça à 22, 23, 24 ans « ouai mais tu comprends je veux un enfant », excuses moi mais ça serait un singe, ce serait pareil, ça c’est un truc pour moi ce n’était pas possible. Moi je voulais des enfants avec l’homme que j’aimais et qui m’aimait, c’est idiot peut-être, ça fait très Walt-Disney et conte de fée, mais moi je voulais vraiment rencontrer le père de mes enfants, je ne voulais pas un géniteur pour mes gosses, je voulais le père de mes enfants. Alors c’est dans ce choix-là peut-être que ça m’a pris plus de temps que les autres pour le trouver, après bon ben voilà j’avais fait ce choix-là. Je voulais l’homme avec qui vieillir, l’homme avec qui fonder une famille, le père de mes enfants. Je l’ai trouvé, alors c’est sur

on s'est trouvé à 38 ans et demi, presque 39. (Entretien P4A - Ils ont tous les deux 42 ans – Durée vie commune : 3 ans – Projet d'enfant au bout de : 6-8 mois – En cours de parcours d'AMP, en attente d'un transfert d'embryon congelé après la 2^{ème} FIV avec échec)

Géraldine : Et donc après, à 34 ans quand même, 34/35 ans, je me suis retrouvée toute seule et ça a été long pour retrouver quelqu'un avec qui j'avais envie de faire quelque chose, quoi. J'ai eu des compagnons qui ont duré 1 an, 6 mois... 1 an et demi, mais ce n'était pas la bonne personne. Et puis là, on perd un peu confiance et puis voilà quoi. Et puis là, j'ai rencontré la bonne personne et qui était aussi dans le même parcours que moi, parce que j'ai rencontré aussi des compagnons qui ne voulaient pas d'enfant. Et je n'avais pas du tout envie de retourner dans cette organisation-là en me disant, ça va être long, que j'essaie de le convaincre. Voilà, déjà celui qui ne voulait pas d'enfant, ce n'était même pas la peine... Donc là, au début, j'en ai parlé tout de suite avec ce compagnon-là, et lui c'était vraiment un désir aussi. (Entretien P4B - Elle : 41 ans, Lui : 43 ans – Vie commune depuis : 2 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – Au début du parcours d'AMP, en cours de stimulation en attendant la 1^{ère} FIV)

Ces extraits d'entretiens montrent l'importance pour les femmes rencontrées de faire un enfant à deux, dans le cadre d'un projet de couple. Plus encore, la présence d'un partenaire est présentée comme une condition *sine qua non* au projet parental. Comme le précisent Charlotte et Christina, avoir un enfant seule n'était pas leur objectif, qui était plutôt de créer une famille au sens traditionnel du terme : un père, une mère, un enfant. Ainsi, cette période de leur vie au cours de laquelle elles étaient célibataires et désireuses d'avoir un enfant représentait pour elles une période d'attente, d'attente non pas d'un géniteur, mais du « bon » partenaire. Les rencontres avec des hommes ne souhaitant pas d'enfant donnaient parfois lieu à une rupture immédiate de la relation, pour faire la place à celui qui partagera cette même envie. Dans cette période d'attente parfois accompagnée d'une certaine angoisse à l'idée de ne pas trouver le « bon » compagnon et ainsi de ne pas pouvoir avoir d'enfant, des questionnements relatifs aux différentes autres possibilités pour avoir un enfant ont pu apparaître.

Géraldine explique s'être en effet questionnée sur ses possibilités pour avoir un enfant si jamais elle ne trouvait pas de partenaire.

Parce que c'est vrai qu'après moi je me disais : « quand je voudrais vraiment un enfant, qu'est-ce que je fais ? Qu'est-ce qu'on fait quand on n'a pas de compagnon ? » J'avais des copains qui me disaient : « moi je suis prêt à te donner mon sperme, pas de souci ». Mais d'un côté, on n'a pas toujours l'envie de ça. Mais je me disais : « putain, j'avance, j'avance et si ça ne marche pas ? » Voilà, c'est vrai c'est toujours... Par contre, l'adoption des femmes seules, c'est possible ça. C'est bizarre quand même... C'est vrai que c'est compliqué. Moi, la copine qui à 45 ans a décidé de faire un enfant toute seule. Elle est allée au bout de sa démarche. C'est fort quand même parce que c'est hyper dur. Et c'est la gynéco qu'elle avait sur Marseille qui lui a tout fait, qui lui faisait les examens ici, donc ça c'est chouette aussi, mais... C'est chouette pour elle, moi je trouve qu'elle avait ce projet-là, elle l'a mené à terme, elle a été courageuse. Elle a essayé plein de compagnons mais ça n'a jamais marché. Elle savait qu'elle était, à 44/45 ans, elle s'est dit : « merde, c'est maintenant ou jamais ». Donc, je me disais : « c'est sûr que j'en arriverai là ». Maintenant je suis contente de me dire : « ben putain, je suis avec mon compagnon, j'ai bien fait d'attendre » et puis voilà. (Entretien P4B - Elle : 41 ans, Lui : 43 ans – Vie commune depuis : 2 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – Au début du parcours d'AMP, en cours de stimulation en attendant la 1^{ère} FIV)

Envisager d'avoir un enfant seule est présenté dans ce témoignage comme une possibilité de dernière chance, lorsqu'attendre encore de rencontrer le « bon » compagnon rendra impossible le projet d'enfant. C'est ce que nous observons à travers l'exemple de l'amie de Géraldine : célibataire à 44 ans, avoir un enfant seule est apparu comme la seule et dernière possibilité pour concrétiser le désir d'enfant. La maternité célibataire aurait aussi pu apparaître pour quelques-unes des femmes rencontrées comme une éventualité, si leur célibat avait perduré, comme le montre le récit de Samantha.

Comme j'avais envie d'un enfant depuis très, très longtemps, enfin plein, moi je ne m'imaginai pas tant une famille nombreuse, je voulais au moins 3-4 enfants. Bon, c'est foutu... mais voilà. Et du coup, quand j'étais célibataire et que je

voyais le temps qui passe et que je ne rencontrais pas de prince charmant, je me suis dit : « ce n'est pas possible, je ne vais pas avoir d'enfant non plus ». Donc, en fait, j'étais déjà dans une autre dynamique, donc je m'étais déjà renseignée pour faire un enfant toute seule. En Belgique.

Enquêtrice : Vous aviez déjà en tête l'idée qu'avec l'âge, ça risquait...

Voilà. Donc, du coup, j'étais allée, je me suis présentée en Belgique.

Enquêtrice : À quel moment alors ?

Ce qui était rigolo, c'était juste avant de rencontrer mon compagnon. Comme par hasard, il est arrivé. (Entretien P10A – Elle : 42 ans, Lui : 47 ans – Vie commune depuis : 7 ans – Projet d'enfant au bout de : 1-2 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente de la 4^{ème} et dernière FIV)

L'importance d'avoir un enfant dans le cadre du modèle traditionnel de la famille traverse ces discours. La référence aux contes traditionnels à travers le « *prince* » ou à « *Walt-Disney* » le montre. Nous pouvons nous interroger sur la spécificité de ces propos provenant de femmes pour lesquelles l'attente du partenaire justifie l'existence du projet parental au-delà de 40 ans. Notre enquête introduit ici un biais en ne donnant à voir que le discours de femmes hétérosexuelles avec un projet d'enfant dans le cadre d'un couple⁵⁰. Toutefois, au regard des travaux existants traitants des différentes formes de conjugalité accompagnant le projet parental, nous observons que le sentiment d'*indisponibilité* en cas de célibat demeure extrêmement représentatif, par-delà même notre échantillon. Nous revenons et détaillons ce point à la fin de cette partie.

Précisons par ailleurs que cette recherche du « prince futur père » n'a pas été un objectif recouvrant l'ensemble de la vie d'adulte des enquêtées. Ce n'est qu'après leurs 35 ans qu'elles l'ont cherché. Le parcours de Christina, marqué également par la même situation de recherche du « bon » compagnon pour avoir un enfant, montre que la question de la concrétisation du désir d'enfant ne s'est posée qu'à partir de la trentaine d'années. Auparavant, bien souvent les femmes rencontrées n'envisageaient pas d'avoir un enfant pour des raisons matérielles ou professionnelles.

⁵⁰ Nous l'avons dit, les femmes célibataires ou en couple lesbien avec un projet d'enfant sont de fait exclues de notre enquête (car exclues de l'AMP en France).

Lors de ma première relation l'histoire d'enfant s'était posée mais nous étions un peu trop jeunes, nous n'avions pas de situations professionnelles stables, nous étions futurs enseignants tous les deux. Et mon compagnon de l'époque n'était pas super super motivé, et moi à l'époque j'étais motivée mais je n'étais pas pressée par le temps, c'est-à-dire que je me disais ça viendra et puis c'est tout. L'envie était là mais pour moi il n'y avait pas d'urgence. Mon urgence à moi était de rencontrer celui qui serait le père de mes enfants. Donc c'est pour ça que ça s'est posé aussi tardivement, c'est que les 2 précédents compagnons que j'ai eu, 1 les enfants pff, l'autre n'en voulait plus et donc ce n'est pas ce qui a fait que notre relation n'a pas tenue, enfin c'est une des raisons pour lesquelles mais pas que, donc voilà. (Entretien P4A – Ils ont tous les deux 42 ans – Durée vie commune : 3 ans – Projet d'enfant au bout de : 6-8 mois – En cours de parcours d'AMP, en attente d'un transfert d'embryon congelé après la 2^{ème} FIV avec échec)

Le problème de la recherche du « bon » compagnon pour répondre au désir d'enfant ne se posait qu'après 30-35 ans. Auparavant cet âge, la question d'avoir un enfant était évacuée du fait de la situation économique, de l'absence de stabilité professionnelle ou encore en raison du sentiment d'avoir le temps devant soi.

Moi, je suis tombée enceinte jeune, trop jeune donc voilà, j'ai avorté. Et à part ça, je n'ai jamais... enfin, j'avais un désir d'enfant mais je n'ai jamais trouvé l'homme avec qui j'avais envie de le faire. Voilà.

Enquêtrice : Donc, en étant par exemple en couple, et se disant : « bon, peut-être pas celui-là... » ?

Non, en n'y pensant même pas. Enfin, comme je n'avais pas l'évidence... Que je pensais que j'avais du temps justement, ce n'était pas grave, c'était l'amour était l'amour, c'est tout, et voilà... (Entretien P2B – Elle : 42 ans et 11 mois, Lui : 46 ans – Vie commune depuis : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – En cours de parcours d'AMP, en attente de la dernière FIV/ICSI avec don de sperme en raison de son âge)

Avant 30 ans, étant donné que la question d'avoir un enfant ne se posait pas, en cas de grossesse, l'avortement était alors privilégié. Plus tard, la présence du futur père

faisant défaut, cette *indisponibilité partenariale* amenait alors à repousser le projet parental. Ces observations vont dans le sens de recherches réalisées comme celles de Luc Boltanski (2004) et de Nathalie Bajos et Michèle Ferrand sur les pratiques d'IVG en France (2006a). Leurs travaux montrent que le projet d'enfant dans le cadre d'un projet de couple est au cœur de la norme procréative. Les grossesses issues de relations instables ou de rencontres occasionnelles donnent très majoritairement lieu à des avortements (Boltanski, 2004 ; Bajos and Ferrand, 2006a ; Mazuy, 2009).

Nous constatons ainsi l'importance de la relation de couple dans la mise en place d'un projet parental, confirmant d'autres travaux (Donati *et al.*, 2002 ; Boltanski, 2004 ; Mazuy, 2006, 2009 ; Bajos et Ferrand, 2006a ; Gonzalez et Jurado-Guerrero, 2006 ; Kaufmann, 2010). Dans ces recherches, comme dans notre enquête, cette observation ne concerne qu'une catégorie de la population : les femmes en couple hétérosexuel. Les femmes célibataires ou en couple homosexuel ayant un projet d'enfant sont absentes de notre étude en raison du recrutement des enquêtées dans les centres d'AMP au sein desquels seuls les couples hétérosexuels sont acceptés.

Néanmoins, au vu des travaux existants sur les différents modèles de parenté nous constatons que notre concept de *disponibilité partenariale* semble plus largement représentatif de l'ensemble des formes d'entrée en parentalité.

Prenons tout d'abord en compte les maternités des femmes célibataires, situations plus communément nommées « maternités solo » (Mehl, 2016). Les travaux sur le sujet s'accordent à montrer que cette forme de parenté correspond à un choix davantage subit que désiré et planifié (Kaufman, 1999 ; Lardellier, 2009 ; Rozée, 2013 ; Mehl, 2016). Le profil de ces femmes est le même que celui de celles que nous avons rencontrées dans notre enquête, en situation d'*indisponibilité partenariale*. Elles ont en commun le fait de ne pas envisager d'avoir un enfant avant 30-35 ans, se considérant souvent comme trop jeune et n'ayant pas les conditions matérielles jugées appropriées. Par la suite, elles ont un fort désir d'enfant qu'elles souhaitent concrétiser, mais qu'elles repoussent à plus tard en raison de leur célibat et en attendant de trouver le « bon » père. Lorsqu'elles considèrent ne plus pouvoir se permettre d'attendre en raison de leur âge et de la baisse de leur fertilité, elles prennent alors cette décision de faire un enfant même si elles n'ont pas trouvé de compagnon. Les travaux cités montrent que ce choix de faire un enfant seule ne

s'accompagne pas d'un renoncement à constituer une famille plus traditionnelle, composée de deux parents. La temporalité d'entrée en parenté est alors inversée : d'abord l'enfant, ensuite le second parent. Ces études montrent ainsi que les maternités solos ne constituent pas un affranchissement de l'hétéronormativité. Si elles transgressent la norme conjugale du faire famille, ce n'est, pour les femmes concernées, que provisoire (Rozée, 2013).

La prise en compte d'autres modèles de parentalité permet de montrer la généralité du concept de *disponibilité partenariale* ainsi que sa dimension *relative*. Ce qui s'avère être *relatif*, c'est le *sentiment* d'indisponibilité ou de disponibilité à la procréation lié à la situation partenariale. Sans que la situation ne change, le *sentiment* de ne pas pouvoir concrétiser un désir d'enfant dans cette situation de célibat, peut, lui, évoluer. C'est ce qui caractérise les maternités solo. Les travaux cités montrent que le déclencheur de ce basculement du sentiment d'indisponibilité à celui de disponibilité est lié à l'âge, au sentiment d'urgence du fait de la baisse de la fertilité physiologique, et au risque de devoir renoncer au projet d'enfant en cas d'attente prolongée.

Bien qu'assumées comme telles, les maternités solo ne sont pas pour autant planifiées : elles font suite au passage du sentiment d'*indisponibilité à la procréation* en raison de l'absence de partenaire, au sentiment de *disponibilité* malgré la persistance de la situation de célibat. Sans doute que dans certaines situations, des femmes ont pu choisir de faire un enfant seule, sans que ce choix ne soit subit, et sans ne s'être jamais sentie en situation d'*indisponibilité partenariale*. Toutefois, nous n'avons pas trouvé de témoignages ou de travaux rapportant ces situations.

Cette attente du « bon » partenaire générant le sentiment d'indisponibilité ne se limite pas au cadre de la parentalité hétérosexuelle bien que notre enquête ne porte que sur cette forme de parentalité. Plus largement, la parentalité homosexuelle peut également être repoussée au cours de la vie biographique des individus en raison de ce sentiment d'indisponibilité à la parenté. Les travaux consacrés à l'homoparentalité montrent l'importance de la dimension relationnelle et ainsi l'importance de l'entité couple pour qu'un projet d'enfant soit mis en place (Descoutures 2006, 2010 ; Herbrand, 2009 ; Tarnovski, 2012 ; Gross, 2012 ; Courduriès et Fine, 2014 ; Déchaux et Darius, 2016). La relation de couple y est présentée comme une condition *sine qua non* à l'entrée dans la parenté. Qu'il s'agisse de la parenté homosexuelle, ou

hétérosexuelle, aucun travail à notre connaissance ne présente une forme de monoparentalité par choix revendiqué.

La question de trouver le « bon » partenaire pour mettre en place un projet parental affecte de façon générale l'entrée en parenté. Le poids de l'hétéronormativité et de la norme conjugale du faire famille permet de comprendre ce sentiment d'*indisponibilité à la parentalité* lié à la situation partenariale, quel que soit le modèle de famille. La norme forte dont il est question est qu'un projet d'enfant est indissociable d'un projet de couple. Toutefois, comme nous avons pu le voir, cette norme est relative et peut être révisée au regard d'une autre norme, qui est celle de devenir parent. Une relation hiérarchique existe ici entre deux valeurs : avoir un enfant dans le cadre d'un couple (la valeur couple) et avoir un enfant (la valeur parentale). La *disponibilité partenariale* nous montre qu'avoir un enfant et être en couple sont deux valeurs considérées comme complémentaires. À l'inverse, ne pas être en couple apparaît comme antagonique avec le fait d'avoir un enfant. Cependant, même en l'absence de partenaire, la valeur parentale peut l'emporter, sans pour autant que la valeur accordée au couple soit rejetée dans la mesure où celle-ci pourra s'additionner au projet parental dans un second temps. Nous pouvons appréhender et analyser cette observation à l'aide de la théorie de la hiérarchie de Louis Dumont. Nous présenterons et développerons au sein du chapitre 11 (partie 3) la théorie qu'il expose dans son ouvrage *Homo hierarchicus* ; nous nous contentons pour l'instant de mobiliser un aspect de sa théorie à partir de l'interprétation qu'en fait Vincent Descombes. Ce dernier explique que les valeurs ne peuvent être appréhendées en terme de « préférences » et de « tout ou rien » (Descombes, 2007 : 242). Il faut plutôt les appréhender en termes de hiérarchie, ce qui permet de prendre en compte la valeur également existante de ce qui aura été considéré à un degré inférieur. Il y a donc des valeurs supérieures et des valeurs inférieures, soit une *hiérarchie des valeurs*. Cette hiérarchie permet notamment de comprendre comment peuvent coexister des valeurs antagoniques. C'est ce que Dumont nomme l'*opposition hiérarchique* : soit « le mode de coexistence qui peut s'établir entre deux termes qui ne sauraient se rencontrer de front sans devenir antagonistes. Leur coexistence est rendue possible par l'introduction d'une différence dans le *degré* de présence. » (Descombes, 2007 : 246). Ainsi, l'antagonisme existant entre le fait de vouloir faire un enfant et le fait d'être célibataire est transformé en une opposition hiérarchique. Dans la décision de faire un

enfant en étant célibataire, la valeur couple n'est pas rejetée, elle est mise à un plan inférieur, ce qui permet sa coexistence avec la valeur parentale au plan supérieur. L'entrée en parentalité pour les femmes étant soumise aux limites de l'horloge biologique mais non l'entrée en conjugalité qui peut se faire n'importe quand, cette différence explique l'ordre des priorités réalisé entre les valeurs antagonistes.

La question de la disponibilité partenariale montre ainsi, parmi les conditions de la norme procréative, l'importance d'avoir un enfant dans le cadre d'un couple. Cette préoccupation n'apparaît pas dans le discours social et médical concernant les maternités après 40 ans. On observe pourtant que la question de la disponibilité physiologique à la procréation n'est pas en soi suffisante pour décider de la mise en place d'un projet parental. Le contexte familial pour accueillir l'enfant à venir est central dans cette décision.

2. LA DISPONIBILITÉ CONJUGALE

Mener un projet d'enfant dans le cadre d'un couple sous-entend mener ce projet à deux. Autrement dit, être en couple n'est pas en soi une situation suffisante pour se sentir disponible pour mener un projet d'enfant. Au sein du couple, le sentiment de disponibilité à la procréation doit être partagé. Si l'un des membres du couple se sent indisponible, l'autre également. Quelques travaux se sont intéressés au passage du désir d'enfant à sa concrétisation et ont, à ce titre, interrogés l'importance de l'accord, du consensus, au sein des couples. Parmi eux, plusieurs travaux démographiques basés sur de grandes enquêtes sur les intentions de fécondité ont montré, non seulement l'importance d'être en couple stable, mais également, la nécessité d'un consensus entre les membres du couple pour que le désir d'enfant soit concrétisé (Thompson, 1997 ; Gonzalez et Jurado-Guerrero, 2006 ; Mazuy, 2009, 2006 ; Régnier-Loilier et Solaz, 2010). Ces études montrent que les taux de convergence entre les membres des couples concernant leurs intentions de fécondité sont très majoritairement élevés (quelques variances selon les études mais près de 70% des conjoints déclarent les mêmes intentions de fécondité que ce soit à propos des naissances réalisées ou celles à venir) (Mazuy, 2009 ; Régnier-Loilier et Solaz, 2010).

Lorsqu'il n'y a pas convergence entre les membres du couple concernant leurs intentions de fécondité, ces mêmes études montrent que, comme nous l'apercevons dans notre enquête, il s'agit le plus souvent de la femme qui se sent prête et disponible pour avoir un enfant avant son compagnon.

Nous proposons de nous pencher ici sur un autre sentiment de *disponibilité à la maternité*, celui de la *disponibilité conjugale*, liée à l'entente au sein du couple concernant le projet parental. Les discours recueillis montrent que lorsqu'une discordance a lieu entre les membres du couple à propos de la période de mise en place de ce projet, le sentiment d'indisponibilité prévaut. Dans les cas observés, la femme souhaitait réaliser son désir d'enfant tandis que son partenaire préférerait attendre. La situation inverse n'a pas été rencontrée. Ces situations ont souvent donné lieu à des périodes de conflits et de négociations au sein des couples jusqu'à ce qu'un accord émerge ou que le couple se sépare.

Ainsi, la *disponibilité conjugale* désigne le fait de se sentir disponible pour procréer en relation avec le partage du projet parental et de sa temporalité dans le couple. Lorsqu'un des partenaires ne veut pas d'enfant dans la même temporalité que l'autre, le sentiment d'indisponibilité à la procréation prévaut et le projet parental est différé dans le temps.

Enquêtrice : Vous aviez quel âge quand vous vous êtes rencontrés ?

Lucile : *Moi, je venais d'avoir 16 ans, j'étais en 1ere, et lui il allait avoir 20 ans, il était, il repiquait sa 1ere année de fac.*

Enquêtrice : Et concernant le moment où le projet d'avoir un enfant est apparu, c'est... ?

Alors, ça a été un peu en plusieurs... parce que moi, je savais que j'allais avoir des difficultés pour en avoir suite à des problèmes de santé, donc je savais que je risquais d'avoir les trompes bouchées et que donc ça allait être un peu plus compliqué, c'était vers 21/22 ans, je le savais...

Enquêtrice : Si c'est pas indiscret, quel problème ?

C'était suite à des chlamydiae, un classique, voilà... pas soigné parce que je ne m'en suis pas aperçue donc du coup ça abîme les trompes. Voilà. Donc, je savais qu'il allait y avoir des problèmes. Donc c'est vrai que moi, quand j'ai commencé à travailler à la maison familiale, en tant que formatrice, j'avais 24 ans, j'allais les avoir 24 ans. On était toutes jeunes, et toutes enceintes, alors moi j'ai vu, peut-être par mimétisme,

c'est vrai que j'avais eu envie d'un enfant. Mon copain, lui pas du tout, il s'estimait trop jeune, il n'avait pas envie, donc bon, on a laissé de côté. Ça n'a pas été un sujet de dispute mais juste discuté et puis on est passé à autre chose. Après j'ai passé le concours, donc je suis partie en région parisienne, lui était là donc, de facto, on a abandonné l'idée. Quand je suis rentrée, donc j'avais 30 ans, là j'ai voulu encore. Là, ça a été plus sujet de dispute, en lui réexpliquant que j'avais 30 ans et que donc, il fallait voir un moment, justement sachant qu'il allait y avoir des problèmes, il ne fallait pas non plus tarder. Et il ne voulait pas du tout, il ne voulait pas du tout d'enfant.

Enquêtrice : Pour la même raison ?

Oui, pour la même raison en sachant, qu'en ayant discuté avec des gynécologues, ils avaient dit, il vaut mieux s'y prendre avant 35 ans parce que après ça risque, parce qu'on va attendre, faire des tests, après voilà... Si il faut passer par une FIV ou une aide, plus on le fait tôt et mieux c'est. Donc, il n'avait pas envie du tout d'enfant et puis moi, après ça m'a passé. J'en ai fait le deuil et quand il a eu 40 ans, il s'est réveillé en disant : « je veux un enfant », là c'est moi qui du coup, je n'ai peut-être plus envie quoi... On est vieux, quoi, maintenant qu'on a une vie... Comme on dit, quand on est étudiant on n'a pas l'argent, mais on a la liberté, après on a l'argent mais on n'a plus la liberté. Puis bon, quand on a presque 40 ans, on se dit on a la liberté, on a l'argent pour faire ce qu'on veut, on a notre petite vie tranquille, pas d'obligation, pas de responsabilité, c'est pas mal.

Enquêtrice : Et à ce moment-là, c'est lui qui est revenu vers vous en disant... enfin, vous disiez que vous aviez fait le deuil, que vous pensiez ne pas avoir d'enfant...

Oui, pour moi c'était, je n'ai pas d'enfant. Je me suis dit : « après tout c'est peut-être pas un mal », enfin voilà je le vivais à peu près bien. De toute façon, j'ai des neveux et des nièces si j'ai envie de reporter mon affection sur des enfants... Donc ça allait. Lui non, donc. Je me suis dit : « allez, essayons, on verra bien ». Donc voilà, après on a essayé pendant un an, sans. On s'est dit : « on va voir si ça fonctionne naturellement et ça n'a pas fonctionné. Donc après on a fait des tests et on s'est aperçu qu'évidemment, moi on a dû me faire une ablation des trompes qui étaient abîmées, donc à partir de là, c'est sûr que je ne pouvais pas en avoir de façon naturelle. (Entretien P3B – Elle : 40 ans, Lui : 43 ans – Vie commune depuis : 24 ans – Projet d'enfant au bout de : 21 ans – En parcours d'AMP, en attente de la 4^{ème} et dernière FIV/ICSI)

Dans l'histoire de Lucile, l'absence de partage du projet parental avec son compagnon a donné lieu à un renoncement de sa part. Jusqu'à ce que finalement, ce dernier se dise prêt plusieurs années après. Mais d'autres enquêtées n'ont pas réagi ainsi face au désaccord de leur compagnon :

Françoise : *Alors, au bout d'un an, donc moi je me disais : « c'est quand même bien », parce qu'on s'est rencontré, moi j'avais 35 ans, donc je me dis que quand même... ça commençait à faire. Donc, au bout d'un an, mais lui il n'en voulait pas, donc du coup comme il voulait... alors discussions, discussions, il n'en voulait pas donc du coup...*

Enquêtrice : Il n'en voulait pas de manière générale dans sa vie ou non pas là, ce n'était pas le moment ?

Ce n'était pas le moment pour lui, donc il n'en voulait pas. Donc du coup, on s'est séparé parce que moi je voulais des enfants, donc... et puis il est revenu. Je l'ai chassé, il n'a pas voulu partir donc voilà, on s'est remis ensemble. Il a fait... il s'est rendu compte peut être que c'était le moment et depuis on essaye et ça ne marche pas.

Enquêtrice : Vous vous êtes séparés combien de temps ?

On est restés ensemble au début pendant 2 ans et demi, je crois, on s'est séparé quelques mois et après on a repris. (Entretien P6B – Elle : 41 ans, Lui : 38 ans – Vie commune depuis : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – En cours de parcours d'AMP, en cumul ovocytaire en attente de la 1^{ère} FIV)

L'absence de partage du projet parental au sein du couple peut donc aussi conduire à des ruptures. Dans d'autres situations rencontrées, sans en arriver à ce terme, les échanges en vue d'une entente sur la temporalité de ce projet ont pu se multiplier, et parfois devenir houleux.

Dans le cas du couple de Maria et Bastien, le projet d'enfant a fait l'objet de longues négociations. L'entretien présentant ce cas est le seul ayant été réalisé avec les deux membres du couple. L'homme et la femme ont ainsi pu expliquer leur désaccord et cette longue négociation concernant la temporalité de mise en place du projet parental.

Concernant Maria, après avoir réalisé un premier cursus universitaire et un parcours professionnel au Mexique, elle entame un second cursus d'abord au Mexique, puis en France où elle obtient un DEA puis un doctorat en sociologie qu'elle termine à 37 ans. Du fait de son âge et de « l'horloge biologique », elle envisage alors d'avoir un enfant. Mais son compagnon se montre réticent, n'ayant alors pas terminé son doctorat en sociologie. Bien qu'ayant un désir d'enfant avec sa compagne, il explique n'avoir pas le désir de le concrétiser à ce moment là : 4 ans plus jeune que sa compagne, il estime avoir le temps de mener ce projet. Sa thèse non terminée sera l'argument qui permettra de « *faire tenir l'envie* » de faire un enfant et de remettre à plus tard ce projet. Lors de l'entretien, Maria explique son état d'esprit d'alors, partagé entre la volonté d'attendre que son compagnon ait la même envie qu'elle, et le ressenti d'une pression à la fois biologique et sociale la pressant d'avoir un enfant. Lorsqu'elle parle de cette double pression, elle fait référence à la fois au contexte mexicain au sein duquel l'injonction à la maternité est non seulement forte mais où il est aussi considéré que ne pas encore avoir d'enfant à la trentaine est relativement tardif. Puis elle fait également référence à l'« *horloge biologique* » et au fait qui lui restait peu de temps devant elle pour réussir à avoir un enfant. Sans cette réalité biologique elle explique qu'elle aurait attendu sans hésiter, qu'elle ne se serait pas sentie pressée, mais elle considérerait ne plus avoir cette possibilité d'attente devant elle. Elle explique ainsi qu'elle aurait pu s'affranchir de la limite sociale à la procréation mais ne pouvait faire de même de la limite biologique.

Elle décida d'arrêter sa pilule contraceptive afin d'évacuer les hormones de la pilule de son corps et se préparer à la grossesse, et qu'ils utiliseraient des préservatifs. Mais comme le précise alors Bastien dans le cadre de l'entretien, elle refusait régulièrement qu'ils utilisent le préservatif, en vue d'une grossesse. Ces tentatives générant des disputes dans le couple, elle reprend la pilule contraceptive après quelques semaines. Trois mois après la soutenance de thèse de Bastien (qui a eu lieu 1 an et demi après celle de Maria), alors âgée de 38-39 ans, Maria estime ne plus pouvoir attendre, souhaitant en plus avoir 2 enfants. D'un commun accord, elle arrête sa pilule contraceptive. D'emblée elle a recours à des prises de température et à des tests d'ovulation, d'une façon qu'elle considère elle-même comme « *obsessionnelle* » afin d'avoir une grossesse au plus vite. Un décalage existait donc entre les membres de ce

couple, pour qui la pression d'enfanter au plus vite en raison de l'âge était sans équivalent.

Ces trois parcours témoignent d'une absence de concordance des temporalités procréatives féminine et masculine au sein des couples et de la façon dont elle a donné lieu à des périodes de conflits, négociations et ajustements entre les partenaires. Lorsque la femme se sentait prête pour avoir un enfant, ce n'était pas toujours le cas de son compagnon. Dans les deux dernières situations décrites, celles de Françoise et Maria, elles n'envisagent pas d'avoir un enfant avant 35 ans. Lorsqu'elles décident d'en avoir un, elles estiment ne plus avoir beaucoup de temps devant elles et souhaitent essayer immédiatement de tomber enceinte. Dans ces deux cas de figure, elles sont en couple avec des compagnons qui estiment quant à eux avoir le temps pour avoir des enfants.

Pour qu'apparaisse un projet parental, l'importance de la dimension relationnelle ne concerne pas que le fait de trouver un compagnon pour constituer un couple. Au sein du couple, l'entente ou la conciliation autour de la temporalité du projet d'enfant doivent être présentes. Le temps d'attente de cette conciliation peut amener les femmes à repousser le projet parental de quelques mois à plusieurs années, comme dans le cas de Lucile, et à se trouver confrontées à une infertilité liée à l'âge.

Ainsi, lorsque les partenaires d'un couple ne partagent pas leur intention de fécondité, nous observons deux attitudes possibles de la part des deux partenaires, attitudes également observées par Magali Mazuy (2009). Soit, le projet parental est différé, en attendant de trouver un consensus sur ce qui s'avèrera être le bon moment pour les deux membres du couple. Dans ce cas, le plus souvent la femme remet à plus tard son projet d'enfant en attendant que ce soit également le bon moment pour son compagnon. Soit, la femme ne souhaite pas remettre à plus tard le projet parental et son partenaire accepte cette temporalité procréative bien qu'il souhaitait initialement concrétiser son désir d'enfant plus tard. Nous avons observé cette dernière situation à travers le témoignage de Françoise dont le compagnon avait accepté d'avancer son calendrier procréatif pour éviter la séparation du couple. Ces deux formes d'attitudes montrent la nécessité de l'accord dans le couple pour que soit mis en place le projet

parental. En cas d'absence de consensus, c'est le sentiment d'indisponibilité qui prévaut, il semble rarement question d'avoir un enfant malgré l'accord du partenaire, comme l'indiquent également les études citées. Ainsi, le plus souvent, en cas de non convergence des calendriers procréatif du couple, soit la femme repousse son projet d'enfant et s'ajuste à la temporalité de son partenaire, soit l'homme avance son projet d'enfant et s'ajuste au calendrier de sa partenaire. Notons que dans les deux cas, comme l'ont montré les témoignages recueillis, l'ajustement des calendriers ne se produit pas passivement, mais au moyen de discussions, négociations, parfois houleuses, voire, prenant parfois la forme d'ultimatum (Bessin et Levilain, 2004).

Ces différents scénarios témoignent encore une fois de la relation hiérarchique entre les deux valeurs que sont la valeur accordée au couple et celle accordée au fait de devenir parent. Ces deux valeurs peuvent être complémentaires (projet parental partagé dans le couple) ou elles peuvent être dans une opposition hiérarchique. Par exemple, la valeur couple peut apparaître comme valeur supérieure. Cela était le cas lorsque le projet parental était repoussé dans l'attente du bon moment pour le partenaire, ou lorsque le projet était accepté malgré que le moment ne soit pas idéalisé pour l'autre. La survie du couple et la volonté de son maintien étaient engagées dans ces décisions et les motivaient. Ou encore, nous avons pu observer que sans volonté d'ajustement de la temporalité procréative par l'un ou l'autre des membres du couple, la valeur parentale pouvait l'emporter sur la valeur couple. Dans ce dernier cas il pouvait y avoir une rupture d'union pour permettre au projet parental de voir le jour dans un éventuel autre couple. Ainsi, l'importance accordée à ces valeurs, et par là même, leur hiérarchisation, est *relative*. Elle est en effet variable d'une personne à une autre, voire pour une même personne, elle peut changer au cours du temps.

D'autres situations présentées dans la littérature des sciences sociales nous amènent à observer la dimension *relative* du *sentiment* d'indisponibilité à la procréation en lien avec la situation conjugale. L'absence de consensus dans le couple concernant la temporalité du projet d'enfant ne va pas nécessairement de pair avec le vécu d'une contradiction entre la valeur couple et la valeur parentale. Malgré l'indisponibilité d'un membre du couple pour réaliser le projet d'enfant, l'autre peut tout de même décider de mettre en place ce projet. Toutefois, nous allons voir que cette situation s'observe dans des cas précis au sein desquels, bien que le projet d'enfant ne concerne qu'une personne du couple, il n'est pas pour autant porté par une

seule personne. Cela s'observe notamment dans le cas des coparentalités. Cathy Herbrand montre dans un article consacré au désir d'enfant dans les coparentalités homosexuelles que si le projet d'enfant se construit le plus souvent à deux pour les femmes, il est en revanche plus individuel pour les hommes (2009). D'autres travaux montrent également que pour les couples de femmes, comme nous l'avons vu pour les couples hétérosexuels, le projet d'enfant est le plus souvent un projet de couple, nécessitant la convergence des temporalités procréatives des deux membres. Tandis que pour les couples d'hommes, la dissociation entre projet conjugal et projet parental semble plus fréquente (Gross, 2006 ; Tarnovski, 2012). Ainsi, le *sentiment d'indisponibilité à la parentalité* du fait d'une *indisponibilité conjugale* ne se pose pas, ou se pose moins, selon les modèles de parenté.

La question de la disponibilité conjugale montre, parmi les conditions de la norme procréative, l'importance d'avoir un enfant et de l'élever dans un cadre familial composé de plusieurs parents. Être en couple n'est pas en soi une condition suffisante, ce qui compte est que le projet parental soit partagé par une autre personne, qui sera également un futur parent.

3. LA DISPONIBILITÉ MATÉRIELLE

La *disponibilité matérielle* désigne le fait de se sentir disponible pour procréer en fonction des ressources matérielles à disposition et leur adéquation avec la venue d'un enfant. La question de la suffisance des conditions matérielles pour avoir un enfant revêt différents aspects. Elle concerne aussi bien la stabilité économique que le confort domestique et se manifeste à travers différents faits sociaux que sont notamment la fin des études, l'accession à un emploi stable, la stabilité géographique, ou l'accession à un logement jugé suffisamment grand. Des travaux ont montré l'importance de ces critères pour expliquer le choix du moment pour avoir un enfant (Bessin et Levilain, 2005, 2012 ; Gonzalez et Jurado-Guerrero, 2006 ; Régnier-Loilier, 2007 ; Mazuy, 2009 ; Régnier-Loilier et Solaz, 2010 ; Régnier-Loilier et Vignoli, 2011). Ces mêmes travaux montrent que l'importance accordée à ces critères est variable suivant le genre, l'âge, ou encore la classe sociale. Ils témoignent ainsi de la

dimension *relative* du *sentiment d'indisponibilité à la procréation* en lien avec la situation matérielle. Les attentes ne sont pas les mêmes entre personnes sur ce que doit être le niveau matériel suffisant pour avoir un enfant. Par exemple, l'importance accordée à la stabilité professionnelle n'est pas la même entre les hommes et les femmes : avoir un emploi stable est souvent considéré comme plus important pour les hommes que pour les femmes, que cela soit de l'avis des hommes ou des femmes (Mazuy, 2009). Mais cette différence d'exigence en fonction du genre est elle-même plus ou moins ténue selon les niveaux sociaux.

Dans notre étude, les femmes rencontrées ont souvent repoussé à plus tard le projet parental en raison de leurs conditions matérielles qu'elles considéraient comme insuffisantes pour elles-mêmes ou pour accueillir un enfant dans un cadre optimal. Ce que nous désignons à travers la notion de « *conditions matérielles* » renvoie à ce qui a trait au bien-être et à l'aisance matérielle et concerne tout autant les ressources économiques que domestiques. En effet, que ce soit parce qu'elles étaient étudiantes, sans revenus, dans un emploi non stable, ou encore dans de petits logements, les femmes rencontrées considéraient que la question d'avoir un enfant ne se posait pas pour ces raisons-là. Jugeant leurs conditions matérielles insuffisantes pour avoir un enfant, elles avaient le sentiment d'être indisponibles pour un projet parental et ont parfois eu recours à des avortements durant ces périodes-là.

L'histoire de Mélanie témoigne de ce sentiment d'indisponibilité à la procréation en raison de la situation matérielle :

Pour ma part, en fait, c'est venu sur le tard parce que... j'ai eu un désir d'enfant on va dire avec mon ex-compagnon, mais vraiment sur le tard, et j'allais dire, entre guillemets : « c'était trop tard ». Et voilà, parce qu'au début de notre relation, je n'avais pas de désir d'enfant parce qu'en fait, j'avais un petit peu peur... voilà tout simplement, de devoir assumer cette fonction-là de parent, sans trop savoir où j'allais en fait. Parce que bon voilà, étant plus jeune, je démarrais mes études, je ne savais pas du tout ce que j'allais faire donc... Je ne pouvais pas... dans ma tête ce n'était pas possible d'avoir un enfant ne sachant pas quoi lui donner quoi comme avenir après. Voilà. Donc, c'est venu sur le tard en fait.

Enquêtrice : Sur le tard, c'est à dire ?

Sur le tard, bin en fait pour tout vous dire, c'est venu... c'est venu quand ? C'est venu pratiquement, on va dire, allez... un an avant notre séparation quoi.

Enquêtrice : C'est à dire à quel âge, à peu près ?

A 35 ans, 34 ans, voilà. (Entretien P5B – Elle : 40 ans, Lui : 48 ans – Durée vie commune : 18 mois – Projet d'enfant au bout de : 1 an – Au début du parcours d'AMP, en attente du début de la stimulation hormonale pour la 1^{ère} FIV/ICSI)

Mélanie précise également que lorsqu'elle avait 27 ans, elle a eu un cancer et ne voulait pas d'enfant de peur de lui transmettre la maladie. Elle a par ailleurs eu 3 IVG lorsqu'elle était plus jeune. Je l'ai donc interrogée sur le lien éventuel entre ces IVG et la peur de transmettre sa maladie, ce qui lui donnait la possibilité d'explicitier les raisons de ces IVG, question que je trouvais délicate à poser directement.

Enquêtrice : Je me demandais si vos IVG avaient eu lieu avant ou après votre traitement ?

2 avant et 1 après.

Enquêtrice : Et du coup, je me demandais si c'était lié à ce que vous m'expliquiez, que juste après vous disiez : « je ne veux pas avoir d'enfant, la peur de transmettre quelque chose » ou si ça n'avait rien à voir.

Non, je vais vous dire, ça n'avait rien à voir parce qu'en fait la 3e fois, la dernière fois, ça a été un accident avec une personne... autre. Donc, c'était dans le moment du célibat, on va dire, donc là c'était complètement... là, c'est farfelu quoi. Même s'il y avait une envie, c'était complètement farfelu.

Enquêtrice : Et auparavant, c'était avant vos 27 ans ?

Auparavant, c'était avant... C'était lié à l'âge, c'était lié au fait que je démarrais à peine mes études et c'était vraiment... Je pense que ça m'aurait freinée, ça ne veut pas dire que je ne les aurais pas faites... mais je pense que j'aurais eu une vie différente et ce n'était pas celle que je voulais à l'époque. Alors après, est-ce que j'aurais dû ? Est-ce que je n'aurais pas dû ? Ça, je ne sais pas.

Plus loin dans l'entretien encore, elle ajoute à propos de cette période de vie :

Encore une fois, je dis, il y en a qui y arrive mais je ne m'en sentais ni le courage ni la force d'être maman pendant mes études ou... Je veux dire, sincèrement, je sais que les études

sont longues et difficiles pour tout le monde mais dans cette profession particulièrement des études d'archi ou des professions d'architecte, c'est impensable d'avoir des enfants enfin, je veux dire... Déjà qu'on travaille jour et nuit pour faire des charrettes... Je trouve que... et d'autres professions aussi, donc je trouve que ce n'est pas... à un moment donné, on n'a pas le choix quoi. On n'a pas le choix... Après, il y a la question, ça c'est rien, il y a la question financière qui se pose. Comment tu fais pour élever un enfant, encore quand il y en a un qui travaille ça va, mais quand il y a 2 jeunes qui font tous les deux des études, ils font quoi pour faire manger leur gamin ? Enfin, je veux dire, c'est... Les gens sensés, le but dans la vie... ce n'est pas de... procréer à tout prix, c'est de pouvoir transmettre quelque-chose et pour pouvoir transmettre quelque chose, il faut s'en donner les moyens.

Cette dernière phrase résume bien la situation dont témoigne Mélanie. La mise en place du projet parental se décide en fonction du cadre dans lequel l'enfant sera accueilli et élevé. Ce n'est pas seulement la procréation et la grossesse en soi qui importent mais les conditions de la maternité, dépendantes de la situation professionnelle, économique et conjugale. C'est ainsi qu'elle explique ses trois avortements. Les deux premiers ont eu lieu alors qu'elle était encore étudiante, le troisième lorsqu'elle était célibataire.

Mounia, en couple depuis 11 ans lors de l'entretien, explique qu'elle et son compagnon avaient envie d'un enfant depuis longtemps. Cependant, diverses raisons les ont amenés à attendre avant de mettre en place ce projet d'enfant :

Quand on s'est connu, la question de l'enfant, si on s'était écouté on l'aurait fait tout de suite.

Enquêtrice : Comment ça, si on s'était écouté ?

Parce qu'on aurait bien voulu, quand on aime la personne... les passions de début dans un couple, on aurait bien voulu faire un enfant de suite. Il se trouve qu'à l'époque donc, lui, le divorce n'était pas encore prononcé. Il fallait qu'il... Son ex-femme voulait retrouver un travail de façon à ce qu'ils divorcent ensuite sans qu'elle soit complètement à sa charge, ce qui était sympa. Ils avaient une maison toute neuve à peine finie qu'il fallait vendre, y compris la voiture... C'était un couple qui venait de finir de s'installer. Ils venaient de finir la maison, ils venaient d'avoir le 2e enfant, c'est bizarre ce qui se

passé dans les couples... Allez savoir pourquoi ils ont divorcé. Et donc voilà, nous il a fallu attendre que tout ça se fasse, etc. Donc il est arrivé chez moi, j'habitais dans un petit appartement d'étudiant... Je travaillais déjà évidemment mais j'habitais toujours dans mon petit appartement d'étudiant, dans un quartier un peu mal famé à Marseille... et donc, il est arrivé là... On s'entassait avec les enfants quand c'est lui qui les avait le week-end et après on a cherché cette maison, ce qui fait que ça a pris du temps et c'est pour ça qu'on n'a pas cherché à faire un enfant de suite. Et après, une fois qu'on a enfin pu financer, trouver la maison, que tous les problèmes ont été réglés, on s'est trouvé donc avec les travaux et surtout entre-temps, les enfants de Jérôme avaient grandi. Et donc, on s'est dit : « si on en fait un autre tout de suite... », on s'est dit : « il vaut mieux attendre qu'ils soient presque adolescents quoi. On a préféré attendre qu'ils aient carrément 10/12 ans. Et puis, moi je me suis dit : « la quarantaine maintenant, pas de souci, ça ne posera pas de problème ». (Entretien P8A – Elle : 42 ans, Lui : 40 ans – Durée vie commune : 11 ans – Projet d'enfant au bout de : 9 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente de la 4ème et dernière FIV)

Mounia présente avant tout comme explication au report du projet parental, le temps du divorce de son mari, puis son trop petit appartement ne permettant pas d'accueillir un bébé, l'achat de la nouvelle maison puis enfin les travaux de cette maison. Durant toutes ces périodes de leur vie de couple, l'espace pour avoir un enfant ne semblait pas envisageable. Puis lors de l'entretien, elle insiste par la suite davantage sur la présence des enfants de son compagnon comme étant la source d'un manque de temps consacré à leur couple et ainsi, à leur projet parental.

Au départ, le fait qu'il ait déjà 2 enfants, je me disais : « ça ne durera pas, ce n'est pas possible... » Parce que donc j'avais 30 ans passés mais j'étais encore très très gamine et les enfants, je me disais : « je ne vais pas pouvoir, quoi, des enfants déjà faits et tout, trop compliqué et trop... ça ne va pas être pour moi ». Et puis, en fait, ça s'est fait tout de suite, naturellement quoi. Autant sur le plan matériel, c'est à dire que naturellement de suite, les enfants venaient chez moi le week-end. Donc, alors c'était compliqué en plus parce qu'on avait un appartement qui était tout petit, donc il fallait... c'était du camping, on portait des matelas enfin, bref... Et de

suite, la cuisine, les petites sorties, ça s'est tout mis en place. Ce qui était le plus difficile par rapport à ça finalement, c'était le temps qu'il n'y a plus pour la relation de couple en elle-même. C'est à dire pour un homme, donc qui travaille, on n'a pas beaucoup de vacances par rapport à toutes les vacances scolaires. Et du coup en tant que conjointe qui accepte ses enfants bien évidemment, mais j'aurais eu envie d'avoir un peu plus de temps pour le couple, des vacances à deux, des choses comme ça. Et finalement, il n'y en a déjà pas assez pour absorber toutes les vacances scolaires. Et encore on est, avec le nouveau mari d'Anaïs, on est quand même 4 adultes. Mais bon, 4 adultes qui travaillent on a du mal à absorber la totalité des vacances scolaires. C'est... donc voilà, donc il ne reste pas beaucoup de temps pour les vacances de couple et il n'est pas resté beaucoup de temps pour un enfant à nous dans tout ça, dans l'immédiat. Enfin, tant que la situation au moins au niveau de l'habitat ne s'était pas stabilisée.

Mounia et son compagnon ont, pour des raisons matérielles diverses repoussé leur projet parental pendant plusieurs années. Là encore, ce qui importait était les conditions d'accueil et d'éducation de l'enfant, longtemps considérées insatisfaisantes. Ils ont ainsi essayé d'avoir un enfant au bout de 9 ans de vie de couple, lorsqu'elle avait 40 ans et lui 38 ans.

Parmi les couples ayant été confronté à une indisponibilité matérielle, nous retrouvons également le couple de Maria et Bastien. Nous avons déjà eu l'occasion de présenter leur désaccord à propos de la temporalité du projet parental. Mais avant que la question de la mise en place du projet d'enfant ne se pose lorsqu'ils avaient 38 et 34 ans et étaient ensemble depuis 5 années, le projet avait été repoussé en raison de leurs situations professionnelles et économiques.

[Lui] Sortie du lycée, je fais une prépa en fait, une classe-prépa, Hypokhâgne, préparation Science Po. Après, j'ai fait Science Po à Bordeaux, trois ans... Après... Section politique et social... Après, j'ai fait mon service militaire, dix mois en administration, planqué voilà... Après, j'ai fait un DEA relations internationales à Paris 2. Et après, comme ça me plaisait pas du tout, j'ai fait un autre DEA, à l'EHESS, là je

suis parti sur le développement. Voilà et après, thèse financée en socio. Depuis ça, j'ai fait un postdoc au Canada...

Enquêtrice : La thèse s'est terminée en quelle année ?

[Lui] Elle s'est terminée en 2011. Décembre 2011. Et postdoc au Canada de six mois en 2013, je dirais. Et là, je viens d'être recruté y a 4 mois, ouais, 1^{er} octobre de cette année.

[Elle] Bon, moi, après le lycée, j'ai fait des études d'anthropologie à Mexico, mais à moitié de mes études, j'ai arrêté pour aller au Chiapas, parce que c'était le soulèvement zapatiste, du coup j'ai passé un an... plus d'un an là-bas, après, j'ai dû retourner... j'ai repris mes études donc j'ai pris comme six ans pour finir. J'ai fait mon équivalent au Bac en... 90. Et j'ai fini ma licence en 98... 97. J'ai pris le temps. Après, j'ai travaillé dans une ONG. Après, j'ai commencé un master en sociologie politique, en 2000, de 2000 à 2002. Après, j'ai gagné une bourse pour faire mes études en France... et j'ai fait d'abord un DEA de un an, 2003-2004, j'ai commencé la thèse à l'EHESS, en sociologie. J'ai commencé la thèse en novembre 2004, j'ai soutenu en avril 2010, et après, j'ai commencé un postdoc un mois après, à Mexico, ça durait 8 mois et quelques mois plus tard, j'étais recruté dans un centre de recherche en anthropologie où je travaille depuis 2011. Mais j'étais 3 ans... mise à l'épreuve... du coup, j'étais chaque année... c'était une période de beaucoup de stress, avec la thèse parce que j'étais évaluée... tellement peur de me faire dégager... après, je te raconterai plus mais j'avais déjà... j'étais déjà très âgée pour me... m'incorporer au marché « laboral »... Du coup, j'avais vraiment beaucoup de pression pour... mais bon, ça y est, finalement cette année... Le mois de mai j'étais finalement titularisée.

Enquêtrice : Dans la même structure du coup ?

Ouais. À presque 41 ans... (Entretien P11A – Elle : 41 ans, Lui : 37 ans – Vie commune depuis : 8 ans – Projet d'enfant au bout de : 5 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente de la 1^{ère} FIV en France après 3 inséminations avec échec au Mexique)

Maria et Bastien ont eu de longs parcours étudiants, suivis par des périodes d'instabilité et d'incertitude professionnelle que l'on ne connaît que trop bien dans le monde de la recherche en sciences humaines et sociales. Durant ces périodes, si lui se

sentait trop jeune pour avoir un enfant, elle, ne pouvait l'envisager dans ce contexte trop incertain professionnellement et géographiquement entre la France et le Mexique.

Comme dans la situation présentée par Mélanie, il ne semblait pas envisageable et « raisonnable » d'avoir un enfant dans un contexte où il n'y avait pas de vue sur l'avenir en termes de stabilité professionnelle et économique. Les femmes dans cette situation ont alors repoussé à plus tard leur projet parental, montrant l'importance accordée aux conditions d'éducation de l'enfant.

Les raisons pour repousser le projet d'enfant ont été diverses dans la vie des femmes et de leur compagnon. Ces trois histoires nous en donne un aperçu. La stabilité professionnelle, financière, géographique, le confort de l'habitat, sont autant d'éléments qui ont été centraux dans les situations racontées pour expliquer le report du projet parental lorsqu'ils n'étaient pas au rendez-vous.

Nous voyons que l'importance accordée aux conditions matérielles et le sentiment d'indisponibilité ou de disponibilité qui en découle, dépend de deux sortes d'objectifs : des objectifs personnels d'une part, et des objectifs relatifs à l'enfant à venir d'autre part. Autrement dit, soit la suffisance des conditions matérielles pour avoir un enfant est interrogée pour soi-même, soit pour l'enfant à venir. Dans le premier cas, il est notamment question du développement personnel pouvant être lié à la progression professionnelle, aux loisirs, voyages, etc. Dans un contexte social au sein duquel les femmes aspirent à pouvoir s'épanouir non seulement à travers la maternité mais également à travers une vie professionnelle et personnelle (vie amicale, sport, loisir), avoir un enfant jeune semble inenvisageable pour nombre d'entre elles. Cela peut en effet apparaître comme un frein à l'insertion et à la progression professionnelle, tout comme à la liberté et à l'autonomie personnelle. Ces multiples injonctions – à la fois sociales et personnelles – à la réussite, apparaissent comme contradictoires (Bajos et Ferrand, 2006a, 2006b). Les hommes sont aussi concernés par cette volonté de réalisation personnelle à travers ces objectifs multiples que sont à la fois la paternité, la profession, l'autonomie et la liberté personnelle. Toutefois, la question de la conciliation de ces différents objectifs se pose différemment pour ces derniers. La maternité pèse toujours plus pour les femmes que la paternité ne pèse pour les hommes puisque ce sont sur leurs épaules que reposent encore majoritairement les charges parentales et domestiques. Ce sont plus souvent les

femmes qui renoncent à s'investir professionnellement et diminuent la fréquence de leurs sorties, leurs loisirs, etc. pour assumer ces charges (Tahon, 2004 ; Debest, 2014). Ainsi, dans ce cadre, le sentiment d'indisponibilité à la maternité est lié à une volonté d'organiser les temps de sa vie en fonction des différents objectifs fixés, et de s'y consacrer un à un. C'est également ce qu'observe Nolwenn Bühler dans sa thèse à propos des femmes « âgées » en AMP en Suisse. Les temps de vie sont divisés : « Il y a premièrement une phase pour profiter de la vie, pour voyager, pour consolider une relation (...) puis, il y a une phase pour avoir des enfants.⁵¹ » (Bühler, 2016 : 189). Faire se succéder ces différents temps semble davantage réalisable que les appréhender en même temps, du fait de leur difficile conciliation et ainsi, du risque de devoir renoncer à certains d'entre eux, qu'ils soient professionnels, personnels, ou encore qu'ils concernent l'enfant.

La question des conditions matérielles pour avoir un enfant n'est pas relative au seul cadre de vie que chaque personne souhaite acquérir et construire pour elle-même, elle l'est également par rapport au cadre pour l'enfant à venir. Cette question est aussi centrale parmi les préoccupations parentales dans nos sociétés contemporaines. À mesure que le nombre d'enfant par famille a diminué à partir de la seconde moitié du XXème siècle, la question du bien-être de l'enfant, en relation avec son cadre de vie, a pris de plus en plus d'importance. La question de la disponibilité matérielle pour avoir un enfant est également liée à un idéal de confort à pouvoir offrir à l'enfant et est donc relative aux moyens financiers et domestiques à disposition pour pouvoir y répondre. De plus, s'ajoute à cet idéal de confort pour l'enfant, l'idéal d'être un « bon » parent, nécessitant entre autre d'avoir du temps pour l'enfant (Bloch et Buisson, 1999 ; Bajos et Ferrand 2006a ; Debest, 2014). Or, lorsque le temps est pleinement occupé par la vie professionnelle, personnelle, conjugale et que le temps à accorder à la vie parentale ne semble pas suffisant, alors la venue de l'enfant ne semble pas idéale pour ce dernier, et c'est le sentiment d'indisponibilité à la maternité qui prévaut.

Ces observations, bien que construites à partir des données de notre terrain qui ont été recueillies auprès de femmes en couple hétérosexuel, concernent plus largement l'ensemble des formes d'entrée en parenté. La question de la suffisance des conditions matérielles pour avoir un enfant, que cela soit pour soi-même ou pour

⁵¹ Traduit de l'anglais. Extrait d'origine : « There is firstly the phase for enjoying life, for travelling, for consolidating the relationship (...) and then there is a phase for having children. ». (Bühler, 2016 : 189)

l'enfant à venir, se pose tout autant dans la construction des monoparentés et des homoparentés. Nous avons par exemple pu voir que les monomaternités sont des maternités considérées comme plutôt tardives du fait de l'indisponibilité partenariale, mais également du fait de l'indisponibilité matérielle aux âges plus jeunes (Rozée, 2013 ; Mehl, 2016).

Une opposition hiérarchique s'observe également ici entre les valeurs accordées au niveau matériel et au confort domestique (la valeur matérielle) et la valeur parentale. Lorsqu'il y a un sentiment d'*indisponibilité à la maternité* en raison de la situation matérielle, nous observons la supériorité de la valeur matérielle à la valeur parentale. Rappelons que nous nous inspirons ici de la théorie de la hiérarchie des valeurs de Dumont et que notre propos n'est pas de simplement constater un rejet, une exclusion, de la valeur parentale au profit de la valeur matérielle. Les valeurs matérielle et parentale peuvent apparaître antagonique (lorsque pas de stabilité financière et de confort domestique), pour autant elles ne s'excluent pas, mais sont hiérarchisées.

Nous observons là encore un des éléments forts de la norme procréative : la disponibilité matérielle. Se sentir disponible pour avoir un enfant est aussi dépendant du contexte matériel dans lequel il sera accueilli et élevé. Nous avons vu que les médecins ont parfois un jugement défavorable envers les couples défavorisés aux nombreux enfants qui souhaitent recourir à l'AMP, considérant qu'ils n'offrent pas à l'enfant à venir un cadre matériel optimal. C'est pourtant cette même norme qui a participé au fait que l'ensemble des femmes rencontrées n'ont pas envisagé d'avoir un enfant avant 30-35 ans, et parfois plus encore.

4. LA DISPONIBILITÉ AFFECTIVE

Prévoir de faire un enfant seulement après que d'autres objectifs ont été atteints (par exemple après avoir trouvé un partenaire, un emploi, etc.) n'amène pas nécessairement à un enchaînement immédiat de ces différentes étapes. Profiter de la vie et de son couple entre les études, l'emploi et la parenté, sont des attitudes de plus

en plus fréquentes et admises socialement, jusqu'à des âges plus ou moins avancés selon les milieux sociaux (Mazuy, 2006 ; Régnier-Loilier, 2007 ; Debest, 2014). L'*indisponibilité affective*, qui désigne le fait de ne pas manifester de désir d'enfant, peut ainsi, dans ce cadre, être admise et apparaître sur un temps plus long qu'auparavant. Le sentiment d'*indisponibilité à la maternité* tient dans ce cas au fait même que le désir d'enfant n'est ni manifesté ni exprimé. Avoir un enfant n'est tout simplement pas à l'ordre du jour. Ce sentiment est aussi *relatif*, car il sera variable d'une personne à une autre ou pour une même personne selon les différents moments de son histoire biographique.

La *disponibilité affective* désigne donc le fait de se sentir disponible pour un projet parental en raison du ressenti d'un désir d'enfant. Sans désir d'enfant éprouvé, le sentiment d'indisponibilité prévaut. Cela a été le cas dans une seule des histoires de vie collectées, celle de Cécilia pour qui il a été question d'un projet d'enfant à plus de 40 ans en raison d'une *indisponibilité affective*. Elle expliquait avoir ressenti un désir d'enfant au bout de 12-13 ans de vie de couple.

Enquêtrice : Dans le cadre de votre couple, à partir de quel moment vous avez commencé à aborder la question d'avoir un enfant ?

Très tard. Il y a... c'était quand ? 2 ou 3 ans pas plus. Pas plus tôt.

Enquêtrice : Avant ça, la question n'a jamais émergé ?

Non.

Enquêtrice : Et quand elle est apparue, comment est-ce que ça s'est passé ? Qui a abordé le sujet en premier ?

C'est moi. C'est moi parce que j'ai ressenti un vide dans la maison. La sensation d'avoir construit pendant 15 ans avec lui, un nid, mais il n'y avait rien dedans. Alors qu'avant, le besoin, l'envie ne s'était même pas présentée. Si, mais, je l'ai vite étouffé, en me disant que j'avais toujours quelque chose à faire, j'avais toujours un projet professionnel en route, j'avais des super vacances en vue, j'avais... j'avais toujours autre chose à faire qui passait avant. Voilà.

Enquêtrice : Donc, quand vous avez abordé le sujet, est-ce que ça a été une négociation pour mettre en place le projet d'avoir un enfant ? Ou est-ce que non votre compagnon tout de suite s'est dit : « ah bien oui... » ?

Non, il n'y a pas eu de négociation, je ne peux pas dire ça comme ça... On en a parlé tous les deux, on s'est laissé le

temps de la réflexion, 10 /15 jours et puis on s'est dit : « d'accord, on y va, on essaie. » Parce que j'avais déjà 41 ans. (Entretien P11B – Elle : 43 ans, Lui : 50 ans – Durée vie commune : 15 ans – Projet d'enfant au bout de : 13 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente 2^{ème} et dernière FIV compte tenu de son âge)

Auparavant, d'autres désirs avaient été prioritaires, pour elle comme pour son compagnon, et le désir d'enfant n'avait jamais été abordé. Dans leur cas, durant cette période, ils n'étaient confrontés ni à une indisponibilité partenariale, ni conjugale, ni matérielle. Ils étaient bien dans leur vie à deux et la question d'avoir un enfant ne se posait pas. Ils n'avaient pas de sentiment de manque jusqu'à ce que Cécilia, à 41 ans, ressente « *un vide* » et que le désir d'enfant soit considéré. Comme elle le précise, le désir d'enfant n'était pas inexistant auparavant. Il était simplement mis en arrière plan afin de privilégier d'autres désirs avec lesquels il ne semblait pas compatible. Elle explique qu'elle avait d'autres objectifs auxquels penser avant la question de l'enfant : « *je l'ai vite étouffé [le désir d'enfant], en me disant que j'avais toujours quelque chose à faire, j'avais toujours un projet professionnel en route, j'avais des super vacances en vue (...)* ».

Cécilia : Je n'ai jamais envisagé mon idéal de vie avec une famille, des enfants, un chien et une maison. Ça n'a jamais été ça. Je ne peux même pas dire que j'en ai eu un d'idéal de vie, si ce n'est que moi je voulais être autonome, ça c'était sûr. Je ne voulais dépendre de personne et pouvoir me débrouiller dans tous les cas, que l'idée de maternité, j'avais l'impression que ce ne serait pas... ça irait à l'encontre de mon autonomie. On voit tellement de femmes seules avec leurs enfants. Je me disais que c'était insupportable comme situation. Et... donc oui du coup, pour moi ce n'était pas une priorité. Je me suis toujours dit : « peut-être, pourquoi pas ? Je ne voulais pas fermer les portes mais ce n'était pas une priorité. Et comme mon compagnon non plus, il n'a jamais émis le souhait de fonder une famille. Donc, du coup, c'est vrai qu'on a laissé le temps passer, qu'on se retrouve aujourd'hui à se dire mais, qu'il nous manque quelque chose quoi. (Entretien P11B – Elle : 43 ans, Lui : 50 ans – Durée vie commune : 15 ans – Projet d'enfant au bout de : 13 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente 2^{ème} et dernière FIV compte tenu de son âge)

Ce désir d'autonomie est un élément auquel nous avons déjà fait référence lorsque nous présentions la *disponibilité matérielle* : sans stabilité professionnelle et économique la question d'avoir un enfant ne se pose pas. Mais dans le cas de Cécilia la situation est quelque peu différente. En effet, dans les situations d'*indisponibilité matérielle*, lorsque l'autonomie était acquise, le projet parental était immédiatement mis en place. Tandis que dans la situation présente, l'autonomie était davantage envisagée comme un objectif en soi que comme une étape permettant la mise en place du projet parental.

Cette forme de disponibilité se démarque des trois autres. En effet, dans les autres situations observées, le désir d'enfant n'était pas concrétisé en raison d'un sentiment de manque. Sans partenaire, sans accord du partenaire, sans stabilité ou confort matériel, le sentiment d'indisponibilité à la procréation prévalait. Mais dans ce dernier cas, c'est l'absence de manque qui conduit à ne pas être disponible pour un projet parental. Les trois premières situations sont dotées d'une dimension négative, car manifestent la volonté d'un changement d'une situation. Alors que l'*indisponibilité affective* a à l'inverse plutôt une dimension positive : rien ne manque, les choses sont bien telles qu'elles sont, la volonté est de maintenir la situation telle qu'elle l'est. Dans ce cadre positif, il n'y a pas la place pour un désir d'enfant puisque le terme même de « désir » suppose l'idée d'un manque, d'une absence à combler (Péruchon et Orgiazzi-Billon-Galland, 2005 ; Debest, 2014).

Nous observons ici aussi une opposition hiérarchique entre les valeurs considérées comme antagoniques que sont la valeur d'autonomie et la valeur parentale. La valeur d'autonomie ne semble pas conciliable avec les normes et valeurs attachées à la parenté. Plus précisément, ce qui semble inconciliable c'est de répondre à une certaine éthique de la « bonne » parenté, caractérisée par l'idée de pouvoir être présent pour l'enfant, tout en préservant sa liberté et son autonomie personnelle (Debest, 2014).

La disponibilité affective témoigne encore d'un autre aspect de la norme procréative : avoir un enfant tout en étant épanouie par ailleurs, sur les plans professionnel, conjugal, financier, personnel... Ces aspirations multiples auxquelles tentent de répondre les femmes, liées aux attentes sociales multiples et au processus d'égalité entre les femmes et les hommes, apparaissent sous un angle négatif dans le

discours social sur les maternités à plus de 40 ans. Elles ne sont pas ignorées mais sont fortement critiquées. Sans doute que c'est dans cette forme de disponibilité que se retrouvent les femmes « carriéristes » et « égoïstes » autour desquelles se concentrent les discours critiques. Le choix de ne pas se consacrer à la maternité avant 40 ans dans l'intention de développer son autonomie et son épanouissement personnel est moins accepté pour les femmes qu'il ne l'est pour les hommes.

5. LE BASCULEMENT DU SENTIMENT D'INDISPONIBILITE A CELUI DE DISPONIBILITE

Les quatre formes d'indisponibilité présentées s'avèrent être *relatives*. Sans que les situations ne changent, le sentiment d'*indisponibilité* peut basculer et laisser place au sentiment de *disponibilité* à la maternité. Ce basculement est souvent lié à une prise de conscience de l'avancée dans les âges et au risque de ne plus pouvoir avoir d'enfant. Cette observation décrit pleinement le basculement du sentiment d'indisponibilité dans le cas de l'*indisponibilité affective*, en revanche, il n'explique qu'en partie le basculement des autres formes d'indisponibilité. En effet, notre étude montre que, le plus souvent, lorsque le sentiment d'indisponibilité partenariale, conjugale ou matérielle bascule, cela est lié à un changement de la situation jugée antagonique avec le projet d'enfant. L'émergence d'une nouvelle situation met fin au sentiment d'indisponibilité à la maternité. Dans ces cas, le basculement se produit en relation avec un changement de l'entourage ou du cadre de vie : avoir trouvé un partenaire, avoir un partenaire qui devient disponible pour le projet parental, avoir trouvé un employeur, un plus grand appartement, etc. Ces situations témoignent des normes fortes qui régissent l'entrée en parenté, la façon de « faire famille » dans nos sociétés : en dehors d'un projet de couple, sans pouvoir offrir un certain confort à l'enfant à venir (en terme matériel comme en terme d'attention en fonction du temps à lui consacrer), sans stabilité (conjugale, professionnelle, économique), la question de faire un enfant se pose rarement. Le sentiment d'indisponibilité prévaut alors, du moins dans un premier temps. Dans le cadre de ces normes fortes, si une de ces situations n'est pas au rendez-vous, le projet parental est souvent repoussé. Mais en

cas de persistance de la situation qui ne répond pas à la norme, l'idée que l'entrée en parenté peut se construire différemment se développe. Le sentiment de disponibilité à la maternité peut apparaître, malgré la persistance de la situation initialement considérée comme inadéquate avec le projet parental. C'est ainsi que le projet parental est finalement envisagé par exemple en dehors du cadre d'un couple, ou encore dans des conditions matérielles non idéalisées.

Pour résumer, dans le cadre des situations partenariale, conjugale et matérielle, le basculement du sentiment d'indisponibilité à celui de disponibilité pour avoir un enfant peut apparaître avec le *changement d'une situation* jugée inadéquate à une situation considérée comme plus adéquate pour accueillir un enfant. Ou encore, ce basculement peut aussi apparaître en raison d'un *changement des arguments* qui avaient initialement été avancés pour juger une situation inadéquate à la venue d'un enfant. Dans le cas de l'indisponibilité affective, celle-ci est déliée de toute attente d'un changement de situation. Le basculement du sentiment d'indisponibilité à celui de disponibilité n'est pas dépendant d'un changement attendu, il est le fruit d'une évolution interne à soi, soit du seul *changement des arguments*.

Lorsque nous observons un *changement des arguments*, nous assistons en même temps à une recomposition de la hiérarchie entre les valeurs jugées antagoniques. Dans toutes les situations observées, lorsque le sentiment d'indisponibilité prévalait, la valeur parentale apparaissait comme inférieure aux valeurs de couple, de stabilité, de confort ou encore d'autonomie. Le basculement du sentiment d'indisponibilité à celui de disponibilité à la maternité s'accompagne d'un basculement dans la hiérarchie de ces dernières valeurs qui deviennent alors inférieures à la valeur parentale. Ce double basculement a, nous semble-t-il, comme déclencheur, le sentiment d'urgence lié à l'avancée en âge et la crainte de ne plus pouvoir avoir d'enfant en cas d'attente prolongée. Autrement dit, la menace de l'horloge biologique génère ce sentiment d'urgence. Certaines femmes interrogées en faisait directement référence et l'étude de Nolwenn Bühler le montre également : « La conscience de l'horloge biologique ou du vieillissement reproductif comme étant un temps linéaire, sans répétition et irréversible crée une sorte de pression, ou dans quelques cas un véritable sentiment

d'urgence. »⁵² (2016 : 190). Cela montre que la question de la *disponibilité physiologique à la procréation* n'est pas absente des préoccupations des femmes. C'est souvent l'approche du terme de cette disponibilité physiologique, manifestée par la référence à l'« horloge biologique », qui amène les femmes à revoir leur sentiment d'indisponibilité à la maternité. Toutefois, la considération qu'elles portent à cet élément biologique n'est pas principale pour définir la temporalité de leur projet parental.

6. LES ASYMÉTRIES DE GENRE FACE À LA TEMPORALITÉ PROCRÉATIVE : LES ATTITUDES DES HOMMES

Cette enquête s'adressant aux femmes infertiles en raison de leur âge et inscrites en parcours d'AMP, n'a pas pris en compte la parole masculine qui pourtant aurait permis d'observer les vécus qu'ont les hommes de ces mêmes parcours et de les mettre en perspective avec ceux des femmes. Néanmoins, à travers les discours des femmes, nous avons pu recueillir des informations sur les ressentis, attitudes et vécus de leurs compagnons. Nous allons ainsi voir à présent, à partir des témoignages des femmes, quelles ont été les attitudes masculines vis-à-vis du projet parental et de sa temporalité.

Comme pour les femmes rencontrées, nous retrouvons en ce qui concerne leurs compagnons les mêmes confrontations à la question des disponibilités partenariale, conjugale, matérielle ou encore affective, pour mettre en place un projet parental. Pour autant, la convergence du sentiment de disponibilité au même moment au sein du couple n'était pas toujours au rendez-vous. La temporalité procréative masculine et féminine, tant physiologique que psychosociale, diffère sous ces deux aspects entre eux. Ainsi, lorsque l'urgence – tant biologique que sociale – à procréer, apparaissait pour certaines femmes, ce n'était pas toujours le cas pour leurs compagnons.

⁵² Traduit de l'anglais. Extrait d'origine : « The awareness of the biological clock or of reproductive aging as a linear, non-repetitive, and irreversible time creates a kind of pressure, or in some cases a real sense of urgency. » (Bühler, 2016 : 190)

En effet, les femmes rencontrées ont témoigné avoir majoritairement été les initiatrices du projet parental au sein de leur couple. Face à cela, leurs compagnons ont réagi de façons variables. Certains sont immédiatement devenus acteurs du projet parental à leur côté ; pour d'autres, un temps de discussion et d'ajustement a été nécessaire ; d'autres encore refusaient le projet parental dans la temporalité proposée par leur compagne.

Mis à part pour Christina qui a eu envie d'un enfant au même moment que son compagnon, dans l'ensemble des autres situations, le projet parental émanait en premier lieu de la femme. Cécilia explique avoir abordé en premier le sujet, suite à quoi son partenaire a rapidement suivi son envie. Lorsque je lui demande qui dans le couple a d'abord parlé de ce sujet, elle répond :

C'est moi. C'est moi parce que j'ai ressenti un vide dans la maison. La sensation d'avoir construit pendant 15 ans avec lui, un nid, mais il n'y avait rien dedans. Alors qu'avant, le besoin, l'envie ne s'était même pas présentée. Si, mais, je l'ai vite étouffé, en me disant que j'avais toujours quelque chose à faire, j'avais toujours un projet professionnel en route, j'avais des super vacances en vue, j'avais... j'avais toujours autre chose à faire qui passait avant. Voilà.

Enquêtrice : Donc, quand vous avez abordé le sujet, est-ce que ça a été une négociation pour mettre en place le projet d'avoir un enfant ? Ou est-ce que non votre compagnon tout de suite s'est dit : « ah bien oui... » ?

Non, il n'y a pas eu de négociation, je ne peux pas dire ça comme ça... On en a parlé tous les deux, on s'est laissé le temps de la réflexion, 10 /15 jours et puis on s'est dit : « d'accord, on y va, on essaie. » Parce que j'avais déjà 41 ans. (Entretien P11B – Elle : 43 ans, Lui : 50 ans – Durée vie commune : 15 ans – Projet d'enfant au bout de : 13 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente 2^{ème} et dernière FIV compte tenu de son âge)

Lorsque Cécilia a parlé de son désir d'enfant, l'envie s'est très rapidement transformée en projet de couple. La raison de cette rapidité est présentée comme étant liée à son âge à elle, 41 ans à l'époque. L'âge de son compagnon, 48 ans, n'est pas présenté comme justification de cette rapide mise en place du projet parental une fois l'idée évoquée.

Dans d'autres situations comme celle d'Emilie, il a fallu plus de temps pour que le désir d'enfant féminin devienne un projet de couple à l'ordre du jour. Emilie était préoccupée depuis plusieurs années par sa situation de célibataire alors qu'elle avait un fort désir d'enfant. Après avoir rencontré son compagnon et dès lors que leur histoire lui a paru stable et pérenne, elle a abordé le sujet.

Assez vite, quand je me suis rendue compte qu'on était bien en couple, très vite la question pour moi s'est posée, en me disant : « bon, je n'aurai pas non plus beaucoup de temps devant moi ». Et lui, ça a été un peu plus lent, mais au bout de 2 ans de relation, on a essayé, on a commencé à essayer. On vivait ensemble, on savait que notre couple était solide, on sentait que notre couple était solide et donc tous les deux, on avait envie d'essayer. (...) Alors au départ la demande est venue de moi, enfin je demandais et on a commencé à en parler. Et c'était moi parce que, vraiment depuis ma relation passée, je voyais l'âge qui défilait et c'était quelque chose qui me préoccupait. » (Entretien P1B – Elle : 41 ans, Lui : 30 ans – Durée vie commune : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 2 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente d'une 4^{ème} et dernière FIV et en cas d'échec recours au don d'ovocyte en Espagne prévu)

Le compagnon d'Émilie ne semblait pas soumis comme elle à une pression du temps et à un sentiment d'urgence pour avoir un enfant. Cela était sans doute appuyé par le fait qu'il était plus jeune qu'elle (il a 11 ans de moins qu'elle et ils avaient 36 et 25 ans au moment de leur rencontre). Pour autant, l'initiative féminine du projet parental a été suivie.

En ce qui concerne Géraldine, elle aussi était angoissée par sa situation de célibataire et par le temps qui passe. Elle cherchait un nouveau compagnon en écartant ceux qui ne voulaient pas d'enfant, jusqu'à ce qu'elle rencontre son compagnon actuel.

Voilà, déjà celui qui ne voulait pas d'enfant, ce n'était même pas la peine... Donc là, au début, j'en ai parlé tout de suite avec ce compagnon-là, et lui c'était vraiment un désir aussi. Mais lui, c'est vrai qu'il a un parcours différent. Il est issu de parents qui l'ont fait assez tard. Donc lui, il avait déjà... c'était un homme qui avait moins de stress par rapport à l'horloge

biologique dont on parle tout le temps, et donc lui son papa l'a eu à 57 ans et sa maman avait déjà 40 ans. (Entretien P4B – Elle : 41 ans, Lui : 43 ans – Vie commune depuis : 2 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – Au début du parcours d'AMP, en cours de stimulation en attendant la 1^{ère} FIV)

Géraldine explique que son compagnon était moins pressé qu'elle. Lorsque je lui ai demandé plus précisément si la pression liée au temps se posait également pour son compagnon, elle répondit que oui, bien qu'il ne soit pas « à 2-3 ans près », tandis qu'elle l'était.

Dans ces situations nous voyons des femmes initiatrices du projet parental et des compagnons suiveurs. Mais toutes les histoires recueillies ne se sont pas déroulées de cette façon. Dans quelques cas, le projet initié par la femme n'a pas trouvé suiveur au sein du couple lorsqu'elle le désirait. C'est le cas de Lucile, Françoise et Maria que nous avons déjà eu l'occasion de présenter puisqu'il s'agit des trois interviewées ayant témoigné un sentiment d'indisponibilité à la maternité en raison d'une absence d'entente au sein du couple sur la temporalité du projet parental.

Dans le cas de Lucile, son compagnon n'avait pas souhaité d'enfant à deux reprises lors de leur vie commune lorsqu'elle en avait envie, puis c'est finalement lui, après la quarantaine, qui avait été à l'origine du projet d'enfant.

Dans le cas de Françoise, son compagnon n'avait pas voulu avoir un enfant lorsqu'elle l'avait souhaité. Cela avait généré des discussions puis tensions au sein du couple jusqu'à ce qu'elle le quitte et qu'il revienne sur sa décision.

Dans le cas de Maria lorsqu'elle avait souhaité un enfant, son compagnon ne s'estimait pas prêt non plus. Une longue période de négociation avait alors commencé entre eux durant près d'un an et demi.

Ces situations illustrent la difficile corrélation des temporalités procréatives féminine et masculine. La différence de pression liée au temps entre homme et femme au sein de ces histoires est manifeste. Elle est sans doute parfois appuyée par le fait que le compagnon est plus jeune que la femme, mais cela n'explique pas tout : à l'âge de leur compagnon, les deux femmes interrogées étaient déjà soumises à cette pression. Par ailleurs, dans la situation du couple d'Emilie, l'écart d'âge de 11 ans

avec son compagnon, plus jeune qu'elle, n'a pas entravé l'ajustement des temporalités procréatives.

Le fait que les femmes rencontrées initiaient majoritairement le projet parental montre que la pression liée au temps et à l'âge est davantage ressentie par elles que leur compagnon. Cela s'explique par les différences d'appréhension de la temporalité procréative que ce soit en référence aux rythmes biologiques ou aux rythmes sociaux entre hommes et femmes. Historiquement on observe un écart d'âge entre conjoint au mariage et ainsi un écart d'âge dans l'accès à la parenté : les hommes étaient souvent plus âgés que les femmes dans les couples et avaient donc des enfants à un âge plus élevé que les femmes. Biologiquement ils peuvent faire des enfants à un âge plus élevé que celui des femmes et les études médicales ont longtemps délaissé le corps de l'homme concernant les études sur les capacités reproductives pour se focaliser sur le corps de la femme : il a ainsi longtemps été ignoré que l'âge de l'homme, comme l'âge de la femme avait un impact sur les chances de réussite d'obtenir une grossesse (Tain, 2013). Et cela est toujours moins su ou transmis actuellement. Nous avons vu au sein de la première partie la dimension genrée de l'horloge biologique : exclusivement féminine, les hommes en semblent dénués. De plus, l'absence de limite d'âge posée aux hommes par le cadre administratif et médical de l'accès à l'AMP crée inévitablement une asymétrie dans le vécu d'une pression de l'âge entre hommes et femmes, les hommes étant épargnés par cette pression administrative. Par ailleurs, les paternités dites « tardives » n'ont jamais suscité l'émoi médiatique que suscitent les maternités « tardives ». Cela s'explique également en lien avec les rôles et attentes sociales différenciées entre les sexes : tandis que la fonction sociale de la femme a longtemps été entièrement dévolue à la maternité, celle de l'homme l'était davantage vers le travail de production. Ainsi s'il était « monstrueux » d'être une mère âgée pour éduquer ses enfants, pour un père, cela avait une moindre importance. Ces éléments permettent de comprendre les différences d'appréhension de la temporalité procréative entre hommes et femmes et les différences de pression du temps et de l'âge qu'ils subissent de façon asymétrique.

La diversité des parcours des femmes rencontrées a permis d'observer une pluralité de raisons pour lesquelles elles avaient un projet d'enfant à plus de 40 ans. Leurs parcours montrent qu'il existe de nombreuses conditions considérées comme nécessaires à la mise en place d'un projet parental. Nous observons et analysons ces conditions à travers ce que nous nommons le *sentiment de disponibilité à la maternité*. Leurs parcours montrent en effet que le choix d'avoir un enfant est dépendant du fait de se sentir *disponible* pour ce projet. Plus encore, il ne s'agit pas dans leurs discours de se sentir disponible physiologiquement pour la procréation et la grossesse, il s'agit aussi de se sentir disponible pour la maternité, pour accueillir et élever un enfant dans des conditions considérées comme nécessaires à sa venue. Qu'il s'agisse de la *disponibilité partenariale* (être en couple), de la *disponibilité conjugale* (partage du projet parental au sein du couple), de la *disponibilité matérielle* (stabilité professionnelle et économique, confort du logement), ou de la *disponibilité affective* (désir d'enfant), les femmes interrogées ont présenté l'ensemble de ces formes de *disponibilité* comme des conditions nécessaires à la maternité. Notre propos n'est pas ici d'affirmer que ces quatre formes de *disponibilité à la maternité* sont les seules conditions requises pour avoir un enfant, ni qu'elles le sont de manière absolue. Néanmoins, pour ce qui est des femmes interrogées, lorsqu'une de ces conditions leur faisait défaut, cela participait alors pour elles d'un sentiment d'*indisponibilité à la maternité*. De ce fait, le projet parental n'était pas à l'ordre du jour. Ce sentiment, lié aux conditions de la norme procréative, amène ainsi à n'envisager le projet parental qu'après 35-40 ans. C'est la norme procréative même qui explique le recul de l'âge à la maternité.

Ces observations montrent que pour décider de mener une grossesse, la question de la disponibilité physiologique n'apparaît pas au premier plan. Elle semble secondaire dans la prise de décision par rapport à ce qui a trait aux conditions de la maternité. Dans le contexte social de diminution du nombre d'enfant par famille, nous savons que le moment de devenir parent est davantage choisi et désiré qu'auparavant. Avoir un enfant est en effet davantage le fruit d'un projet, en témoigne le terme même de « projet parental ». Comme pour tout projet, le moment de sa réalisation est réfléchi en relation avec le contexte plus large dans lequel il va prendre place,

permettant d'optimiser les conditions de sa naissance et de son développement. À l'inverse, ne pas suffisamment se questionner quant au contexte de mise au monde d'un enfant peut parfois être considéré comme inconscient voire irresponsable, en témoignent les discours des professionnels présentés dans le chapitre 6. Cette idée de projet apparaît au milieu d'autres objectifs personnels multiples, tels que ceux définis par la norme procréative, comme nous l'avons déjà souligné (être en couple, avoir un emploi stable, être autonome, etc.). Il s'agit en d'autres termes de ce que Luc Boltanski nomme la « norme d'engendrement par projet » (2004) qui se manifeste ici par les sentiments d'indisponibilités. Or, la référence à ce contexte social et relationnel est absente du discours social et médical concernant les maternités à plus de 40 ans, qui fait référence à la seule image de la femme « carriériste » et « égoïste » revendiquant un « droit à l'enfant » après 40 ans pour « convenance personnelle ». Pourtant, ce profil-type est bien éloigné des trajectoires biographiques que les enquêtées nous donnent à voir et de leur préoccupation des conditions de la maternité pour entamer un projet parental.

Même si la dimension physiologique de la procréation n'est pas centrale dans les discours, elle n'est néanmoins pas absente des histoires biographiques. Les enquêtées en font référence. Elles expliquent que la menace de l'horloge biologique a parfois transformé leur sentiment d'indisponibilité à la maternité.

Des asymétries de genre apparaissent dans ces histoires biographiques, au moment où le projet parental est envisagé. Ce sont les femmes qui sont majoritairement à l'initiative de cette décision et sont soumises à une pression liée à l'âge. Leurs compagnons suivent plus ou moins rapidement cette initiative, parfois contraint par un ultimatum.

Les histoires biographiques des femmes interrogées mettent ainsi au jour des raisons variées expliquant les projets parentaux après 40 ans. Toutefois, d'autres éléments de compréhension sont également à prendre en compte. Le sentiment d'indisponibilité à la maternité qu'elles ont ressenti prend forme dans un contexte social particulier d'allongement de l'espérance de vie et de recomposition des classes d'âge. Dans ce contexte, nous allons voir que leurs trajectoires biographiques apparaissaient en adéquation avec leur « sentiment de jeunesse » et de temps devant soi pour avoir un enfant.

Chapitre 10 : La baisse de la fertilité : moins un problème d'ignorance que d'écart au « sentiment de jeunesse »

Ce chapitre, en continuité du précédent, propose d'aller au-delà des questionnements portant sur les trajectoires des femmes rencontrées, en interrogeant *les raisons* qui, selon elles, motivent leurs parcours. Nous avons observé dans le chapitre précédent un écart entre le discours de société et celui des femmes concernant l'énonciation de la temporalité à accorder au projet parental. L'un repose sur la *disponibilité physiologique à la procréation*, l'autre davantage sur la *disponibilité psychosociale à la maternité*.

Nous allons voir à présent que la dimension physiologique de la procréation était bien prise en compte par les femmes tout au long de leurs histoires biographiques. Toutefois, pour la plupart d'entre elles, rien, pas même leur corps, ne laissait suggérer et imaginer qu'elles étaient en train de devenir infertile, y compris lorsqu'elles étaient informées du processus d'altération de la réserve ovarienne avec l'âge. Le sentiment qu'elles avaient d'elles-mêmes, de leur corps, était en adéquation avec leurs parcours et le contexte social dans lequel ils s'inscrivaient. Dans ce chapitre, nous allons observer non seulement le rôle de la *connaissance* du processus physiologique d'altération de la réserve ovarienne sur la temporalité procréative, mais plus encore, l'importance de la *conscience* de ce processus.

La première partie présente les *connaissances* des femmes interrogées concernant la baisse de la fertilité avec l'âge. La seconde partie explore leur *conscience* de l'altération de leur corps avec le temps qui passe et l'avancée dans les âges. Une palette d'attitudes a été observée, allant de la méconnaissance du processus d'altération de la réserve ovarienne – et ainsi, des effets du temps et de l'âge sur la fertilité –, jusqu'à la conscience forte de ce processus. Nous avons en effet, d'un côté, des récits énonçant une méconnaissance du processus physiologique d'altération de la fertilité, allant de pair avec une inconscience du temps qui passe et de son effet sur la

fertilité ; et d'un autre côté, des récits présentant une connaissance et conscience forte du temps qui passe et de ses effets sur le corps procréatif. Entre ces deux pôles, la plupart des enquêtées ont témoigné d'une connaissance de ce processus en écart avec la conscience qu'elles en avaient. Nous dissociions dans notre présentation connaissance et conscience de la baisse de la fertilité, mais n'évacuons pas pour autant les liens existants entre les deux.

La troisième partie montrera enfin en quoi la perception que les femmes ont d'elles-mêmes, comme étant jeune tant psychologiquement que physiquement, apparaît en adéquation avec le contexte social d'allongement de l'espérance de vie et de redéploiement des classes d'âges dans lequel elles se situent.

1. CONNAISSANCES RELATIVES A LA BAISSSE DE LA FERTILITE AVEC L'AGE

Les femmes rencontrées avaient des connaissances très inégales de l'altération de la réserve ovarienne avec l'âge. Ces connaissances se situent entre deux pôles. Certaines, bien informées, ont souvent été angoissées vis-à-vis du temps qui passe et de l'avancée en âge. C'est le cas par exemple d'Émilie, qui expliquait être inquiète par son célibat à plus de 35 ans, compte tenu de la baisse de la fertilité avec l'âge dont elle avait alors connaissance. À l'inverse, d'autres femmes rencontrées ont précisé ne pas avoir eu connaissance de cette réalité physiologique, ou que leurs connaissances sur ce point étaient incomplètes. Ces dernières ont parfois attribué leur confrontation à l'infertilité liée à l'âge à cette seule raison de déficit de connaissances. C'est notamment le cas de Sarah :

On vérifie si je n'ai pas un fibrome, donc on me fait une hystéro... je ne sais plus quoi... avec de l'iode...

Enquêtrice : Une hystérosalpingographie ?

Bin, on me l'a refait, parce que j'en ai fait une pour être sûre, et là il me dit : « mais tout va bien. Votre seul problème, c'est votre âge. »

Enquêtrice : Et donc, ce sont les personnes qui ont fait cet examen qui t'ont dit ça ?

Ouais. C'est un monsieur qui dit... Mais ce n'était pas méchant, c'était vraiment... Ouais, c'était réaliste. Il y avait un truc de dire : « bin, tout va bien, mais la seule chose qui peut faire que ça ne marche pas, la seule chose qui va vous freiner, c'est ça.

Enquêtrice : À ce moment-là, c'est une surprise pour toi ?

Je ne comprends pas ce qu'il veut me dire. Parce-que jamais on m'a dit : « la qualité des ovocytes, c'est très important », parce que, pour moi, j'ovule, j'ai les œstrogènes, nanana, l'endomètre qui épaisit, donc il n'y a aucun souci. Mais là, d'un coup, j'apprends que les ovocytes ont une qualité. Et que, elle diminue avec l'âge et que ça, c'est super important. (...) Jusque-là, je n'avais pas de notion... Vraiment. Je me disais : « j'ovule, tout va bien, j'ai des cycles, j'ai fait des courbes de température à gogo, tout va bien, il y a les bon paliers... », et là d'un coup, on me dit : « non, votre problème, c'est votre âge ». (Entretien P2B – Elle : 42 ans et 11 mois, Lui : 46 ans – Vie commune depuis : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – En cours de parcours d'AMP, en attente de la dernière FIV/ICSI avec don de sperme en raison de son âge)

Dans la situation décrite par Sarah, la surprise a été totale lorsqu'elle a appris, en raison de sa situation, que la fertilité diminue avec l'âge en raison de l'altération de la qualité des ovocytes. La découverte concerne cet aspect « qualitatif » de la réserve ovarienne. L'altération de la qualité ovocytaire ne s'observe, ni ne se ressent. On continue d'avoir ses règles, avec des cycles réguliers, d'ovuler, en d'autres termes, de voir son corps fonctionner normalement.

D'autres, comme Mounia, ne soupçonnaient pas non plus cette diminution progressive de la qualité, ni de la quantité des ovocytes avec l'âge :

Je ne m'attendais pas du tout à avoir des stats aussi faibles... et je m'attendais encore moins à ce que ça diminue aussi vite avec l'âge. L'histoire de la décroissance ovarienne, là en fonction de l'âge, ça, malgré des études, malgré tout ça... ce qu'on apprend en biologie à l'école, etc., je l'ai entendu pour la 1ere fois de la bouche [du médecin]. Moi je m'imaginai qu'au bout d'un moment le stock était épuisé et que donc on était ménopausée et voilà. Je n'imaginai pas que ça... pour moi c'était on/off, on avait un stop et quand il n'y en avait plus, il n'y en avait plus. Mais je n'imaginai pas, c'est bête en fait parce que tous nos tissus vieillissent, donc évidemment

ceux-là aussi, mais ça me... je ne le savais pas. Je ne m'étais jamais posée la question et personne ne me l'avait jamais dit. (...) Pourtant, j'étais très studieuse à l'école. Mais je n'en avais jamais entendu parler avant. C'était vraiment un manque d'information là-dessus, c'est clair. (Entretien P8A – Elle : 42 ans, Lui : 40 ans – Durée vie commune : 11 ans – Projet d'enfant au bout de : 9 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente de la 4ème et dernière FIV)

Cette idée de linéarité de la fertilité jusqu'à la ménopause témoigne d'une absence d'information sur ce sujet que Mounia constate. L'école ne l'a pas renseignée sur l'altération de la réserve ovarienne bien avant la ménopause, et aucune autre source n'a joué ce rôle d'informateur. C'est ce qu'exprime également Caroline, de façon plus virulente :

Donc, moi j'avais les résultats en main mais comme je ne m'imaginai pas qu'il allait y avoir un souci, si vous voulez, parce que bon... je n'ai pas imaginé que j'en étais à ce point-là, franchement. On est tellement mal informé, qu'on ne sait pas qu'avec l'âge la réserve ovarienne baisse. D'ailleurs, personne ne vous avertit de ça, donc effectivement c'est pour ça qu'on trouve beaucoup de monde en PMA, parce que les gynécologues ne font pas leur travail tel qu'ils devraient le faire. Voilà, je pense en termes d'information, puisque les documents sur la question de la réserve ovarienne qui baisse avec l'âge, vous ne les trouvez que dans les centres PMA, c'est à dire une fois qu'il est trop tard. Voilà. Sur les tables de PMA, vous trouvez ça. Sur les tables des salles d'attente des gynécologues, à part « Voici », je dirai que vous ne trouvez pas d'autre chose. Donc, effectivement, l'effet d'annonce, il a été un peu brutal. (...) Donc, je crois que quand même, on culpabilise beaucoup les femmes pour ne pas y avoir pensé avant, en gros.

Enquêtrice : Ça, vous l'avez ressenti... ?

Oui, un peu oui... un peu oui. Pas qu'on veut culpabiliser, mais on dit aux femmes : « enfin, à 39 ans, madame, en gros, je ne sais pas si on va pouvoir faire quelque chose ». D'accord, mais si vous l'aviez dit avant, si des médecins avaient fait leur travail en amont, on n'en serait pas là quoi, voilà. Donc, tout ça, je vous dis, tout ce qui est documentation sur les effets de l'âge, etc., vous ne les avez jamais chez le gynéco, je ne crois pas franchement ou alors je ne les ai

jamais vus. (Entretien P9B – Elle : 40 ans, Lui : 39 ans – Vie commune depuis : 3 ans – Projet d'enfant au bout de : 6 mois – En cours de parcours d'AMP, en attente des résultats de la 3^{ème} FIV)

Caroline reproche au cadre médical de ne pas informer de la baisse de la fertilité avec l'âge, mais également à l'entourage familial :

Moi, on ne me l'a jamais dit, perso. Donc, ce qui m'a valu d'en vouloir beaucoup à ma mère parce qu'elle ne m'a jamais mis en garde non plus, mais ça crée aussi des conflits internes à la famille, parce qu'on se dit : « mais, il n'y a pas une femme qui m'a mise en garde contre ça » en gros. Donc, voilà déjà. Ça, ça a été une grosse colère, les médecins ne m'ont pas averti, mais la famille non plus.

Elle s'estime victime de cette absence d'information qui est, selon elle, une des raisons de la présence de nombreux couples en AMP. Depuis l'annonce de son infertilité liée à l'âge, elle vit avec un sentiment de profonde injustice et de colère. Elle n'avait jamais été préparée à composer avec cette réalité physiologique. Elle semble penser qu'une meilleure information lui aurait peut-être permis de mieux anticiper la baisse de la fertilité avec l'âge.

Ce rôle d'informateur attribué aux gynécologues, à propos de la diminution physiologique de la fertilité féminine avec l'âge, est envisagé de façon variée par les enquêtées. Certaines d'entre elles ont déploré n'avoir pas été sensibilisées au phénomène de la baisse de la fertilité avec l'âge. À l'inverse, d'autres ont parfois mal vécu les injonctions de ne pas tarder à avoir des enfants de la part de leurs médecins-gynécologues :

Géraldine : Les gynécologues que j'allais voir régulièrement, j'ai changé plusieurs fois d'ailleurs, parce qu'en fait quand on fait une visite normale, en fait ils sont tout de suite là : « vous avez 40 ans, il faudrait peut-être penser à faire des enfants ». C'est un peu dur quand on n'a pas de compagnon, quand on a eu des ruptures amoureuses et j'ai plein de copines comme ça. Évidemment, on le sait quoi, évidemment on le sait, on le sait que la fertilité masculine diminue, on sait que nous on a aussi une horloge qui tourne et qui fait que, on ne peut plus avoir de

follicules, on sait tout ça. Et on fait ce qu'on peut quoi. Donc c'est compliqué, je veux dire, si on pouvait ne pas passer par ça, on ne passerait pas par ça. Les hommes, eux, ils savent qu'ils peuvent faire des enfants longtemps, donc ils s'en fichent. On fait des études tard, c'est compliqué quoi. Vous savez, j'ai changé souvent de gynécologue parce que j'en avais marre d'entendre ce discours là et qu'on ressort des fois on est un peu effondrée quoi. Voilà. (Entretien P4B – Elle : 41 ans, Lui : 43 ans – Vie commune depuis : 2 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – Au début du parcours d'AMP, en cours de stimulation en attendant la 1^{ère} FIV)

Aurélie : Depuis que j'ai 35 ans, comme c'est elle qui me suit, elle m'a dit, il faut que vous y pensiez, vous savez l'horloge tourne, je trouvais même que, à un moment donné je ne voulais plus aller la voir elle parce que je n'en pouvais plus qu'à chaque fois en visite annuelle pour la pilule elle me dise faut penser à faire un enfant. Parce que pour moi on ne fait pas un enfant juste pour faire un enfant, on fait un enfant quand on a rencontré la bonne personne, quand c'est le moment dans son projet de vie et ainsi de suite, et elle presque elle m'a fait prendre de la distance par rapport à ça quoi, je sentais trop qu'elle me mettait une certaine pression que ne me mettais pas du tout par exemple mon entourage familial, mes parents ne m'ont jamais dit quand est-ce que tu nous fais des petits-enfants. Et que ce soit ma petite sœur qui a 7 ans de moins qui a eu des enfants en premier ne leur a posé aucun problème, aucun souci. Donc finalement elle, elle m'avait mis la pression. (Entretien P1A – Elle : 41 ans, Lui 43 ans – Durée vie commune : 2 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an - En cours du parcours d'AMP, en attente de la 1^{ère} FIV après plusieurs inséminations avec la gynécologue habituelle)

Ces extraits d'entretiens témoignent non seulement de l'injonction médicale à la procréation, mais plus encore de l'injonction à procréer *dans une certaine temporalité*. Toutefois, Géraldine et Aurélie expliquent que ce discours médical préconisant de faire un enfant au plus vite leur semblait en décalage avec la situation dans laquelle elles se trouvaient. Dans le cadre de leur célibat, ce qui primait pour elles était alors la rencontre d'un partenaire et la création d'une vie de couple. Par ailleurs, comme le précise Aurélie, il s'agissait d'une injonction d'ordre uniquement médical, elle explique n'avoir jamais reçu un tel discours de la part de sa famille.

Cette injonction médicale correspond ni plus ni moins au discours sur l'« horloge biologique » présenté dans la première partie. Nous avons montré que ce discours énonce l'importance de faire des enfants avant que la réserve ovarienne ne soit « trop » altérée, soit avant 30-35 ans. Mais lorsque les gynécologues transmettent ce message aux femmes, il apparaît parfois comme un message intrusif et déplacé ne tenant pas compte de l'importance de la disponibilité à la maternité.

Ces derniers témoignages nuancent l'idée selon laquelle une meilleure information quant à la baisse de la fertilité après 35 ans et l'importance de faire un enfant avant cet âge, serait une solution à la croissance de l'infertilité féminine liée à l'âge. Quelques enquêtées pensent qu'une meilleure et plus précoce information aurait permis d'anticiper l'infertilité en avançant leur projet parental. D'autres témoignages amènent à penser que l'information n'est pas la seule solution. En effet, malgré une bonne connaissance du déclin de la fertilité avec l'âge, certaines femmes n'ont pu mettre en place leur projet parental plus tôt, par exemple lorsqu'elles étaient célibataires. Dans ce cas, nous venons de voir qu'à l'inverse, les conseils des gynécologues de ne pas tarder à faire un enfant étaient inopportuns.

Toutefois, entre la connaissance très précise et la méconnaissance totale, entre le rejet de l'injonction médicale à procréer en raison de l'âge et le regret d'un manque d'information à ce propos, de nombreuses autres situations ont été observées dans le cadre de l'enquête. Elles sont caractérisées par une distinction entre *connaissance* de la baisse de la fertilité liée à l'âge et *conscience* de cette diminution. En effet, la plupart des femmes rencontrées savaient que la fertilité diminue avec l'âge mais ont tout de même été surprises par ce phénomène. Françoise explique par exemple : « *On le sait que plus on avance dans l'âge, moins on est fertile mais je ne pensais pas à ce point-là pour moi.* ». Quant à Noëlle, concernant les résultats de son test d'AMH, elle précise : « *Je m'attendais à ce que ce soit compliqué mais je ne m'attendais pas à avoir un taux si bas en fait. Et là ça a été en l'espace de moins d'un an, le couperet quoi.* ». Dans ces deux témoignages, semblables à de nombreux autres recueillis, les femmes rencontrées ont expliqué qu'elles savaient qu'avec l'âge la fertilité décroît, toutefois elles ne pensaient pas que ce serait avec une telle ampleur et rapidité.

Anticiper l'altération de la fertilité avec l'âge, avoir conscience du phénomène, se renseigner à ce sujet, n'est pas dépendant du seul fait d'avoir été informé ou non en

étant plus jeune. L'attitude face à la connaissance de la baisse de la fertilité avec l'âge est aussi dépendante de la conscience du temps qui passe et de ses effets sur le corps. Connaissance du risque d'infertilité liée à l'âge va de pair avec conscience du temps. Car si l'on ne se sent pas vieillir, pourquoi s'inquiéter ou s'informer des effets du vieillissement ?

2. « SENTIMENT D'UNE JEUNESSE » DU CORPS

Le rapport à l'âge que l'on a, la perception de son corps, sont des éléments permettant également de comprendre la temporalité accordée au projet parental. La majorité des femmes rencontrées se percevaient comme toujours jeunes à l'approche de leurs 40 ans, et pensaient ainsi avoir du temps devant elles pour avoir un enfant. Cette perception de soi ne les amenait pas à s'interroger sur le processus d'altération de la fertilité avec l'âge. Autour de ces situations, une variété d'attitudes a été observée. La variabilité des formes de connaissances de la baisse de la fertilité que nous venons de présenter, allant de la forte connaissance à la méconnaissance totale, s'accompagne également d'une pluralité d'attitudes quant à la conscience de soi en relation avec le processus de vieillissement. Ainsi, une forte connaissance du processus physiologique d'altération de la fertilité allait généralement de pair avec une forte conscience du temps qui passe et de ses effets sur le corps. À l'autre extrême, méconnaissance du processus allait souvent de pair avec une forme d'inconscience du temps qui passe et de ses effets sur le vieillissement de la personne, de son corps et de ses capacités procréatrices.

Pour illustrer la situation de forte connaissance du processus d'altération de la fertilité avec l'âge, allant de pair avec une conscience aiguë du temps qui passe et de ses effets sur le corps et la fertilité, nous mobilisons à nouveau le témoignage d'Emilie.

J'avais entre 30 et 35 ans, et c'était une relation qui s'enlisait, je me disais... bon je commençais à me dire que, je ne sais

pas... je me posais des questions sur le fait d'avoir un enfant. C'est vraiment à partir de cet âge-là en plus que j'ai commencé vraiment à avoir un désir d'enfant. Et en recherchant l'information, jusqu'à quel âge on peut avoir des enfants, c'est là que j'ai commencé à me documenter sur internet, à lire un petit peu tous les sujets, et là très clairement c'était écrit noir sur blanc que, passé 35 ans, c'est la catastrophe, enfin, pas la catastrophe mais ça décroît et plus on s'approche de la quarantaine, c'est de pire en pire. Donc là, ça a vraiment commencé à me préoccuper. (Entretien P1B – Elle : 41 ans, Lui : 30 ans – Durée vie commune : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 2 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente d'une 4^{ème} et dernière FIV et en cas d'échec recours au don d'ovocyte en Espagne prévu)

Emilie est la seule enquêtée à témoigner aussi fortement avoir été angoissée par son âge et par les effets du temps qui passe sur la fertilité, avant même le diagnostic d'infertilité. La majorité des femmes interrogées ont à l'inverse plutôt expliqué ne pas avoir perçu le temps qui défilait.

L'idée, c'est que je me dis quand même, plus pour moi que pour lui, je... Autant jusque-là je ne me suis pas sentie vieillir. Comme si en fait, je ne sais pas... la vie est allée très très vite, mais vraiment super vite, quoi. Et moi, j'ai l'impression que je ne me suis pas retournée, j'ai l'impression que je suis encore en train de... Je travaille, mais j'ai l'impression que je suis encore comme si j'étais une étudiante et que je... On a cette vie qui est un peu à 200 à l'heure, parce qu'il faut qu'on fasse plein de choses, parce que je fais un métier qui n'est pas évident et que... et que je passe ma vie à faire ça, c'est vrai, et du coup, je ne me suis pas vue vieillir en fait. Et, récemment, parce que...

Enquêtrice : Quand vous dites, « je ne me suis pas vue vieillir », ...

Je ne me suis pas vue vieillir, parce que je n'imagine pas que j'ai 40 ans en... et je l'ai un peu réalisé finalement au moment du mariage, parce que je me suis rendue compte que tous les gens qui étaient proches de nous... avaient des enfants, et déjà grands, et voilà... et finalement je me suis dit : « nous, on envisage ça maintenant, c'est bien on fait les choses dans l'ordre et tout, on se marie, on est super amoureux », mais bon on est super en retard aussi. C'est ça le truc. (Entretien P5B –

Elle : 40 ans, Lui : 48 ans – Durée vie commune : 18 mois –
Projet d'enfant au bout de : 1 an – Au début du parcours
d'AMP, en attente du début de la stimulation hormonale pour
la 1^{ère} FIV/ICSI)

Plus loin dans l'entretien Mélanie précise que son entourage proche lui renvoyait également une image d'elle-même comme étant quelqu'un de jeune :

Je pense que mes parents ne réalisent pas non plus l'âge que j'ai, donc ils me voient encore comme quelqu'un... qui est en pleine ah... qu'il n'y a pas de problème pour avoir des enfants et que voilà, je pense que... Et puis aussi, je pense qu'ils m'ont... quelque-part, le fait d'être considérée encore comme un enfant très tard, ça fait qu'on ne se projette pas vraiment. Voilà, ils ne m'ont pas fait comprendre que je n'avais plus le temps, qu'il fallait que j'y aille. Ils m'ont toujours plutôt dit toutes ces dernières années, que bon, j'avais le temps quoi, ce n'est pas très grave.

Mélanie explique avoir soudainement pris conscience de son avancé en âge lorsqu'elle s'est mariée peu avant 40 ans. Elle souligne la dimension relationnelle de la perception de soi, participant selon elle au « sentiment de jeunesse » et au fait d'imaginer avoir encore du temps pour pouvoir faire un enfant.

Le témoignage de Cécilia présente également l'idée du temps passé trop vite, sans s'en apercevoir.

Enquêtrice : Et vous disiez juste avant que... finalement, il y a peut-être une injustice dans le sens où, tout va bien, vous vous sentez jeune, etc., et le fait d'avoir des difficultés d'avoir un enfant à cet âge-là c'est... en quelque sorte ça ne colle pas avec le sentiment de se sentir en très bonne santé, en pleine forme, etc.

Et la situation matérielle aussi. Parce qu'à 30 ans, je n'étais pas prête dans ma tête et je n'étais pas prête... parce que j'ai une vie professionnelle aussi, et ça a toujours été un truc important pour moi. Donc oui, il y a un truc qui est... je pensais que tout était possible. C'est passé un peu vite et je ne l'ai pas vu passer. (...)

Mais j'ai l'impression d'être la première victime en fait de cette idée que tout va bien pendant longtemps. D'un autre

côté, je n'ai jamais envisagé mon idéal de vie avec une famille, des enfants, un chien et une maison. Ça n'a jamais été ça. Je ne peux même pas dire que j'en ai eu un d'idéal de vie, si ce n'est que moi je voulais être autonome, ça c'était sûr. Je ne voulais dépendre de personne et pouvoir me débrouiller dans tous les cas, que l'idée de maternité, j'avais l'impression que ce ne serait pas... ça irait à l'encontre de mon autonomie. On voit tellement de femmes seules avec leurs enfants. Je me disais que c'était insupportable comme situation. Et... donc oui du coup, pour moi ce n'était pas une priorité. Je me suis toujours dit : « peut être, pourquoi pas ? Je ne voulais pas fermer les portes mais ce n'était pas une priorité. Et comme mon compagnon non plus, il n'a jamais émis le souhait de fonder une famille. Donc, du coup, c'est vrai qu'on a laissé le temps passer, qu'on se retrouve aujourd'hui à se dire mais, qu'il nous manque quelque chose quoi. Mais quoi, je ne sais pas si c'est la société parce qu'on fait tout plus tard, comme je disais tout à l'heure... j'ai l'impression vraiment d'avoir rêvé, pas rêvé... mais d'avoir laissé le temps filer, de ne pas avoir fixé les bonnes priorités. Après, il ne faut rien regretter, ce n'est pas... ça ne sert à rien donc... c'est comme ça, point. C'est comme ça. (Entretien P11B – Elle : 43 ans, Lui : 50 ans – Durée vie commune : 15 ans – Projet d'enfant au bout de : 13 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente 2^{ème} et dernière FIV compte tenu de son âge)

Cécilia explique s'être fixée d'autres priorités que le projet d'enfant au cours de sa vie, pensant avoir du temps devant elle pour le concrétiser ultérieurement. Mais lorsqu'elle l'a envisagé, elle avait finalement déjà laissé trop de temps passer, sans s'en être rendue compte. Elle explique que le sentiment d'indisponibilité à la maternité qu'elle percevait était aussi lié à cet autre sentiment : avoir du temps devant soi.

L'histoire de Noëlle rend également compte de ce vécu du « sentiment de jeunesse » jusqu'à 40 ans et de la non-conscience du temps qui passe et de ses effets sur le corps.

Tu sais cette dizaine-là, 30-40, elle passe à une vitesse que tu ne peux même pas imaginer quoi, tu te retournes t'as déjà quarante ans, tu dis mais déjà ? Mais non mais moi j'étais bien il y a 2, 3 jours quand j'avais 30 ans. Mais pas du tout !

Ça passe à une vitesse folle. Donc moi je dis à ma nièce : « amuses toi, éclates toi, pour moi ça a été la meilleure période de ma vie, mais fais attention que le temps il passe, il passe, il passe et puis ben oh d'un coup tu fais ah mais merde alors, terminé, mince comment je fais, voilà. ». Mais je ne suis pas dans le regret par contre, ce n'est pas ça que je veux vous transmettre, mais c'est juste que voilà c'est pfff. Effectivement pourquoi à 40 ans il y a tant de problème c'est parce que ben les femmes ont l'impression d'avoir plus le temps, font des choix de vie, des choix sentimentaux, voilà. (Entretien P2A – Elle : 40 ans, Lui : 37 ans – Durée vie commune : 4 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – Fin du parcours intraconjugal après 3 FIV, a proposé son dossier pour un don d'ovocyte en France)

Noëlle explique qu'au cours de sa vie d'adulte, elle n'a jamais ressenti une pression du temps et n'a jamais pensé qu'elle risquait de ne pas pouvoir avoir d'enfant si elle attendait. Elle pensait avoir du temps devant elle.

D'autres encore dans le cadre de l'enquête ont fait référence à cette perception de soi comme étant jeune et à cette idée d'avoir du temps pour avoir un enfant. C'est par exemple aussi le cas de Mounia qui, à 42 ans, explique : « moi dans ma tête j'ai à peine 30 ans. »

L'altération de la fertilité avec l'âge a souvent été un impensé pour les enquêtées, en raison de la perception qu'elles avaient de leur âge et de leur corps, caractérisée par un « sentiment de jeunesse ». Ce terme de « sentiment de jeunesse » du corps désigne la perception que les femmes avaient d'elles-mêmes physiquement, comme psychiquement et socialement. Cette perception de soi a parfois eu un impact sur les choix de vie réalisés et leurs ordres au cours des histoires biographiques. Les femmes rencontrées, se percevant comme jeunes, ont de ce fait longtemps pensé avoir le temps devant elles pour mener à bien leur projet parental jusqu'à se trouver confrontées à une infertilité liée à leur âge. Elles faisaient face à une « illusion de la jeunesse ». Cette « illusion » tient au fait que, se sentant jeunes encore à l'approche de la quarantaine, elles se percevaient comme toujours assez jeunes pour procréer, alors que physiologiquement elles étaient devenues trop âgées pour avoir facilement un

enfant naturellement. Elles expliquent que non seulement elles ont longtemps pensé avoir le temps devant elle, mais plus encore que ce temps passé a défilé sous leurs yeux sans même qu'elles ne s'en rendent compte. Elles ne se sont pas vues vieillir. Ce vécu renvoie de manière métaphorique à l'histoire de Cendrillon lorsqu'elle se rend au bal du prince. Le temps file sans qu'elle ne s'en rende compte et ce n'est que lorsqu'elle se trouve confrontée au retentissement de l'horloge qu'alors elle perçoit la réalité du temps et de son défilement. Les femmes rencontrées n'étaient pas au bal, ce n'est pas la valse qui les occupait, mais leurs études, leurs professions, les éventuels déménagements et aménagements, la recherche d'un compagnon, tandis qu'elles ne percevaient pas réellement le risque approchant de devenir infertiles à cause de leur âge.

Mais les occupations de ces femmes ne sont pas la seule raison pour laquelle elles n'ont pas réalisé plus tôt leur projet parental. Certaines ont précisé qu'elles auraient pu inverser l'ordre des priorités de leurs occupations, si elles avaient eu un ressenti différent de leur âge, ou bien si elles avaient été mieux informées de la réalité physiologique de la baisse de la fertilité avec l'âge. Ces différents points sont étroitement imbriqués : les choix de priorité d'objectifs, la conscience du temps qui passe et du vieillissement du corps, la connaissance de l'altération physiologique de la fertilité sont un tout lié permettant de comprendre les trajectoires biographiques des femmes interrogées et la temporalité de leur projet parental. Dans le chapitre précédent, nous avons montré comment le passage du sentiment d'indisponibilité à celui de disponibilité à la maternité pouvait basculer avec la prise de conscience de la menace de l'horloge biologique. Ce constat est à considérer en lien étroit avec la prise en compte des rapports au temps et à l'âge des femmes interrogées, ainsi que leur connaissance et conscience de la baisse de la fertilité avec l'âge. Nous avons vu que leurs attitudes à ce propos sont variées, elles le sont également selon le genre, le milieu social, ou encore selon les sociétés et les époques données. La conscience de soi et de son corps en fonction de son âge, de son genre, de sa classe sociale, non seulement varie mais évolue au fil du temps. Pour ce qui est des femmes interrogées, non seulement leur corps ne donnait aucun signe d'une quelconque altération, mais en outre, nous allons voir que la perception qu'elles avaient d'elles-mêmes apparaissait en adéquation avec leur environnement. Rien ne les a amené à interroger leurs choix et leurs parcours, ou leur a fait sentir être en décalage avec la norme procréative.

3. ADEQUATION DU « SENTIMENT DE JEUNESSE » ET DU CONTEXTE SOCIAL

Les situations et sentiments individuels de rapports au temps et à l'âge décrits pas les femmes rencontrées se comprennent à la lumière du contexte sociodémographique de notre société et sont le révélateur de ses changements. Les femmes rencontrées, conscientes des liens entre les changements de la société et leurs propres parcours, ont elles-mêmes situé leurs histoires dans ce contexte plus global lors des entretiens. Les sociologues ne sont pas les seuls à analyser les pratiques individuelles et les parcours de vie à la lumière des contextes sociaux. Les personnes interprètent elles-mêmes ce qui leur arrive, en situant leur vécu dans un contexte social plus large et englobant. Lors des entretiens, les enquêtées abordaient souvent elles-mêmes ce contexte social. Suite à ce constat, je les sollicitais sur ce point lorsqu'elles ne l'abordaient pas d'elles-mêmes, en leur proposant parfois mon analyse puis en leur demandant de la compléter ou de présenter leurs opinions sur mon regard des choses.

Emilie par exemple parle de sa situation en faisant référence plus largement à l'ensemble des femmes pour rendre compte de ce qui serait un vaste problème de recul de l'âge à la maternité et ainsi de confrontation à la limite « naturelle » de la fertilité.

Et c'est vrai que, bon après c'est peut être un tort que les femmes travaillent plus, elles ont plus de travail qu'avant et tout ça et que l'âge pour faire des enfants a reculé. Et très vite on se retrouve confrontée à cette limite d'âge. (Entretien P1B – Elle : 41 ans, Lui : 30 ans – Durée vie commune : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 2 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente d'une 4^{ème} et dernière FIV et en cas d'échec recours au don d'ovocyte en Espagne prévu)

Emilie lie son parcours aux évolutions sociales qui ont touchées les femmes au cours de la seconde moitié du XXème siècle et le début du XXIème : l'augmentation de leur nombre dans le monde professionnel et, allant de pair, le recul de l'âge à la maternité.

Christina et Caroline font références quant à elles, à d'autres phénomènes de société :

Enquêtrice : Qu'est ce qui selon vous explique que l'on fasse des enfants de plus en plus tard ?

Christina : Les études, alors après je ne suis pas sociologue, je pense qu'il y a peut-être 2 catégories, c'est les études, on est quand même amené quand on veut accéder à un certain niveau social et d'étude à les faire de plus en plus tardivement. (...) Peut-être du fait que les femmes font des études plus tardives, enfin vont plus loin dans leurs études alors qu'avant un deug, une licence ça suffisait, peut-être que, puis elles en ont envie. (...) Mais voilà et un autre point aussi c'est que peut-être qu'une fois que les femmes accèdent à une carrière ou à une profession ou qu'elle rentre dans la vie active, peut-être qu'elles ont davantage envie de penser à elle, alors peut-être que l'enfant c'est moins une reconnaissance, enfin, je pense que les gens ils ont envie d'être un peu égoïstes et de penser à eux. (Entretien P4A – Ils ont tous les deux 42 ans – Durée vie commune : 3 ans – Projet d'enfant au bout de : 6-8 mois – En cours de parcours d'AMP, en attente d'un transfert d'embryon congelé après la 2^{ème} FIV avec échec)

Caroline : Nous on a voulu notre liberté, on a rien demandé mais bon... maintenant on travaille, on doit faire des études avant et on veut une bonne place et après, on veut le mec qui va bien parce que tant qu'à faire, être amoureuse parce que c'est quand même un peu mieux, voilà, et mis bout à bout, on en arrive à des résultats comme ça. (Entretien P9B – Elle : 40 ans, Lui : 39 ans – Vie commune depuis : 3 ans – Projet d'enfant au bout de : 6 mois – En cours de parcours d'AMP, en attente des résultats de la 3^{ème} FIV)

Les évolutions sociales ayant permis aux femmes l'accès aux études supérieures et à l'emploi, ont amené selon Caroline, à l'acquisition d'une liberté tronquée. L'injonction de la société à être qualifiée et à trouver un bon emploi écarte la possibilité d'avoir un enfant durant cette période, voire même de trouver le « bon » compagnon. La recherche de ce dernier se situe plutôt selon elle après l'acquisition de la stabilité professionnelle. C'est ainsi que sans autres choix apparents, ne pouvant mettre en place un projet parental plus tôt, les femmes se trouvent confrontées à une infertilité liée à leur âge. L'aspect tronqué de la liberté acquise se situe au niveau de la difficile, voire impossible, simultanéité des parcours professionnel et maternel.

L'évitement de la simultanéité de ces deux parcours a parfois été source de regret. Le retour sur soi et sur son parcours de vie qu'effectue Françoise lors de l'entretien l'a amenée à reconsidérer ce qu'elle avait jugé important précédemment au cours de sa vie. Elle a utilisé l'entretien comme un moyen de tirer des leçons de son expérience vécue et de la partager.

Je ne me sentais pas forcément prête avant... ce que je regrette aujourd'hui. S'il y a vraiment un message à faire passer aux femmes qui sont encore jeunes, donc je ne sais pas quel âge vous avez, mais c'est pour vous si vous n'avez pas encore d'enfant aujourd'hui, à un moment donné, le côté : « je fais mes études, je fais ma carrière et puis j'attends... » ça ne sert à rien. Après évidemment, il faut qu'il y ait la bonne personne quand même, mais bon, c'est... je trouve... moi aujourd'hui... enfin quand j'étais plus jeune, je me disais... je voyais des copines tout ça qui avaient des enfants. Je me disais : « quand même, les pauvres, elles n'ont pas pu finir leurs études, tout ça... » donc aujourd'hui je me dis : « qu'est-ce qu'elles ont eu raison ! » Donc, je ne regrette pas d'avoir fait mes études, d'avoir fait tout ça, mais je trouve que... parce que moi la difficulté, c'est vraiment mon âge. Donc, voilà, je trouve que c'est... dommage. (Entretien P6B – Elle : 41 ans, Lui : 38 ans – Vie commune depuis : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – En cours de parcours d'AMP, en cumul ovocytaire en attente de la 1^{ère} FIV)

Ce témoignage montre qu'a posteriori, les éléments qui ont semblé être un frein au projet parental ont été reconsidérés et ne semblent plus être d'aussi bons arguments. L'entretien est ici utilisé pour transmettre un message aux plus jeunes générations : désormais pour Françoise, les études et la profession ne doivent pas entraver la mise en place d'un projet parental. Toutefois, nous avons vu à travers les différents témoignages que le report du projet parental lors des études et de la recherche d'un métier apparaît souvent comme un non choix, une forme d'obligation morale de ne pas avoir un enfant dans un cadre socioéconomique incertain.

Un autre aspect du contexte social présenté par les enquêtées est celui de l'instabilité et de la multiplicité des histoires amoureuses. Autrefois mal vues, elles sont aujourd'hui largement acceptées. C'est ce dont témoigne Audrey :

Les couples ne tiennent pas... moins qu'avant quoi... il y a beaucoup plus de... c'est plus difficile de rester en couple longtemps. Je vois autour de moi, il y en a beaucoup qui ont eu des parcours amoureux pas très... Il y a ça aussi je pense. Alors qu'avant on se mariait et puis on était marié et puis voilà. (Entretien P7A – Elle : 43 ans, Lui : 41 ans – Durée vie commune : 3 ans – Projet d'enfant au bout de : 6 mois – En cours de parcours d'AMP, en cours de traitement hormonal pour la 1^{ère} FIV en don d'ovocyte en Espagne)

Audrey explique qu'autrefois les mises en couple étaient pour la vie, la difficulté à trouver un conjoint pour faire un enfant ne se posait pas. Aujourd'hui, l'instabilité des couples conduit à envisager le projet parental plus tard.

C'est l'effet zapping. Moi j'appelle ça l'effet zapping. C'est... on est avec une personne, il y a un truc qui ne va pas, allez hop, c'est tellement facile de rencontrer quelqu'un d'autre, hop, de côté, on va voir quelqu'un d'autre. C'est l'effet internet donc voilà. C'est trop facile de rencontrer du monde, donc du coup... et puis c'est... en fait moi j'ai l'impression que, aujourd'hui, les gens se stabilisent parce que c'est... ils ont l'âge et pas forcément parce que c'est cette personne-là. C'est plus par rapport à l'âge, à un moment donné je pense qu'autour de 30 ans par-là, ils se disent : « il faudrait que je me stabilise ». Et du coup, là, peut être que le petit truc qui va pas avec l'autre, au lieu de le zapper directement, on va peut-être essayer de comprendre ... parce qu'un couple c'est rempli de hauts et de bas, il n'y a jamais tout qui va bien. On est deux personnes totalement différentes, donc forcément on ne va pas s'entendre sur tout, donc voilà, il faut pouvoir vivre et dépasser ça. Donc, mais je trouve que, voilà, quand on est... c'est cet effet zapping. Dès qu'il y a un truc qui ne va pas, on ne cherche pas à comprendre, hop, au revoir et on passe à autre chose. (Entretien P6B – Elle : 41 ans, Lui : 38 ans – Vie commune depuis : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – En cours de parcours d'AMP, en cumul ovocyttaire en attente de la 1^{ère} FIV)

Selon Françoise, les jeunes couples actuels ne prennent plus la peine de persister lorsqu'ils ont à affronter des problèmes de vie commune, ils se séparent. Seul l'âge conduit selon elle à un certain moment de l'existence à souhaiter plus de stabilité et

ainsi à réaliser des efforts pour que le couple perdure et qu'un projet parental puisse y naître.

Il y a autre chose aussi, c'est l'instabilité entre guillemet sentimentale qui fait que maintenant on rencontre un homme à 20 ans, c'est loin d'être acquis qu'on fasse notre vie avec lui, enfin je veux dire c'est, c'est dans l'ordre, enfin c'est comme ça. Parce que la société est de plus en plus impatiente, c'est un peu combler les besoins de suite et si ça ne va pas ben on lâche l'affaire quoi, je veux dire c'est comme ça que ça se passe et ce n'est pas les générations futures qui vont à mon sens stabiliser la chose, mais ça c'est mon avis. Mais voilà il y a aussi le fait que quand on rencontre un homme à 25 ou à 20 ans on n'est pas forcément, on ne se projette peut-être pas de suite dans famille, couple, bébé, voyez ce que je veux dire. Et du coup ben il y a voilà plusieurs mariages, on rencontre les compagnons avec qui on a envie vraiment de construire plus tardivement. Et puis voilà, puis se sentir jeune c'est bien, ou d'être jeune à 40-35 ans c'est bien, mais ça induit aussi un comportement de jeune. (Entretien P2A – Elle : 40 ans, Lui : 37 ans – Durée vie commune : 4 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – Fin du parcours intraconjugal après 3 FIV, a proposé son dossier pour un don d'ovocyte en France)

Noëlle parle aussi de cette instabilité sentimentale qu'elle explique par l'allongement de la jeunesse qui perdure à des âges de plus en plus élevés. Elle fait ici référence au redéploiement du calendrier des classes d'âge en raison du vieillissement des populations : se sentir jeune plus tardivement amène à faire tout plus tard dont envisager un projet parental. D'autres enquêtées ont également expliqué leurs parcours par l'allongement de l'espérance de vie et le redéploiement des classes d'âge qui en découle :

Cécilia : Donc, du coup, c'est vrai qu'on a laissé le temps passer, qu'on se retrouve aujourd'hui à se dire mais, qu'il nous manque quelque chose quoi. Mais quoi, je ne sais pas si c'est la société parce qu'on fait tout plus tard... j'ai l'impression vraiment d'avoir rêvé, pas rêvé... mais d'avoir laissé le temps filer, de ne pas avoir fixé les bonnes priorités. (Entretien P11B – Elle : 43 ans, Lui : 50 ans – Durée vie commune : 15 ans – Projet d'enfant au bout de : 13 ans – En cours de parcours

d'AMP, en attente 2^{ème} et dernière FIV compte tenu de son âge)

Christina : Deuxièmement, on meurt plus tard donc on a peut-être l'impression illusoire qu'on a davantage de temps. Avant une femme à 25 ans elle était vieille, maintenant moi à 42 piges, quand j'ai dit aux gens que j'avais 40 ans « non c'est pas possible », moi je me sens encore jeune, alors peut-être pas pour tout, c'est sûr qu'un weekend de fête, étudiante je m'en remettais en une journée, faire une nuit blanche, maintenant il nous faut une semaine à mon mari et à moi pour s'en remettre mais bon. (Entretien P4A – Ils ont tous les deux 42 ans – Durée vie commune : 3 ans – Projet d'enfant au bout de : 6-8 mois – En cours de parcours d'AMP, en attente d'un transfert d'embryon congelé après la 2^{ème} FIV avec échec)

Sarah : Et puis on vit plus vieux, c'est énorme de vivre plus vieux, je pense que ça décale... Je pense que c'est vachement lié à l'âge de notre fin. On sent qu'on a plus de temps, je suis sûre, parce que quand on mourait tous à 40 ans, c'est évident que tu faisais des enfants à 16 ans. Enfin, je veux dire, évidemment ! Mais là, je veux dire, tu sais que ça va quoi, t'es vivant pendant un moment. Je pense que la clé, elle est vachement dans l'espérance de vie, à travers le temps. Oui, il y a toutes ces raisons, mais je pense que, malgré tout, tu vois, si on vivait jusqu'à 40 ans, on ferait quand même des enfants tôt, même si il y a des crises économiques, même si tout ça... Mais là, oui, c'est fou, on est complètement décalé biologiquement et, je ne sais pas comment on dit... culturellement. (Entretien P2B – Elle : 42 ans et 11 mois, Lui : 46 ans – Vie commune depuis : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – En cours de parcours d'AMP, en attente de la dernière FIV/ICSI avec don de sperme en raison de son âge)

Ces témoignages avancent l'idée que l'allongement de l'espérance de vie donne *illusoirement* l'impression d'avoir le temps pour mener à bien un projet parental, et que sans ce phénomène, il n'y aurait pas un tel report de la maternité dans les âges.

À travers ces références sociales, les enquêtées signifient que leurs parcours biographiques n'ont rien de spécifiques. Ils s'inscrivent dans un contexte social plus

large dont ils seraient les illustrations typiques. Ces auto-analyses sont à considérer avec distance : lors des entretiens, les femmes interrogées étaient en train de se battre pour voir aboutir leur projet parental. Dans ce contexte, il semble logique qu'elles justifient leurs parcours en démontrant leur normalité. Néanmoins, les éléments auxquels elles font références sont connus depuis longtemps et correspondent bien à l'évolution de nos sociétés. L'analyse qui nous semble importante à tirer de leurs propos est que leurs sentiments d'elles-mêmes, leurs parcours, étaient en adéquation avec les normes de société.

La normalisation même de l'instabilité sentimentale, professionnelle, économique, domestique jusqu'à 35-40 ans, s'accompagnant d'une généralisation du sentiment d'indisponibilité pour faire un enfant avant ces âges-là, est un phénomène relativement récent et témoigne d'une évolution des attitudes. Face à ces attitudes, notre étude montre qu'aucune des femmes rencontrées n'a reçu d'injonctions familiales de ne pas tarder à faire un enfant. Au contraire, certaines ont expliqué avoir d'autant plus eu l'impression d'avoir du temps devant elles pour avoir un enfant que leurs parents leur renvoyaient une image d'elles comme étant toujours jeunes. Sur ce point-là, les travaux de Charlotte Debest nous paraissent éloquentes. Travaillant sur les personnes ayant décidé de ne pas avoir d'enfant, elle explique que face aux discours réprobateurs ou moralisateurs de leur entourage, certaines femmes mettent en place des stratégies d'évitement. Pour échapper à ces discours, elles ne disent pas « ne pas vouloir d'enfant », mais disent « ne pas vouloir d'enfant *pour l'instant* »⁵³ (Debest, 2014 : 97). Le report de la maternité dans le temps est socialement accepté et ne suscite pas de critiques, au contraire du refus de la maternité. Lorsque Charlotte Debest écrit sur ce sujet, c'est pour présenter les stratégies d'évitement face à la réprobation sociale existant à l'encontre de l'absence de désir d'enfant. Toutefois, cet exemple nous semble pertinent pour témoigner de l'acceptation sociale du report de la maternité dans les âges et ainsi, du changement des normes d'âge à la procréation dans notre société.

⁵³ Mis en italique dans cette citation.

Ce chapitre montre la conjonction des parcours biographiques des femmes avec les perceptions qu'elles avaient d'elles-mêmes et les normes de société. Après 35 ans⁵⁴, elles se sentaient toujours jeunes – autant sur le plan physique que psychosocial – et pensaient avoir le temps devant elle pour avoir un enfant. Personne dans leur entourage ne les a amenés à se percevoir différemment ou à questionner leurs choix de parcours. Lorsque cela a parfois été le cas par quelques gynécologues de ville, cela ne permettait pas toujours de changer la donne, notamment lorsque les femmes étaient célibataires. Ainsi, le fait d'avoir une bonne connaissance du processus physiologique d'altération de la réserve ovarienne ne semble pas être un élément déterminant pour éviter d'y être confrontée. Certes, certaines enquêtées ont déploré ne pas avoir été suffisamment informées, mais d'autres l'étaient et n'ont pas pour autant mis en place leur projet parental plus tôt. Soit que leur situation les amenait à se sentir indisponible (indisponibilité partenariale et conjugale notamment), soit qu'entre la connaissance de la baisse de la fertilité et la conscience de ce phénomène un écart important existait. Se sentant jeunes, ne percevant aucune altération de leur corps en général et de leur corps reproducteur en particulier (règles, ovulations...), elles pensaient souvent ne pas être encore concernées par la baisse de la fertilité avec l'âge. C'est pour cela que tant physiquement (perception de soi) que socialement (perception d'autrui), rien ne leur signalait qu'elles étaient en train de devenir infertile. Dans le contexte d'allongement de l'espérance de vie et de redéploiement des classes d'âge, et face à la multiplicité des conditions de la norme procréative, nous assistons à une évolution des normes d'âge à la procréation. Les parcours des enquêtées en témoignent, ils montrent que ne pas essayer d'avoir un enfant avant 35-40 ans était une évidence tant pour elles que pour leur entourage.

Ces éléments amènent à compléter le constat que nous avons réalisé en conclusion du chapitre précédent sur l'écart entre le discours social et celui des femmes interrogées. La disponibilité à la maternité n'est pas le seul référent qui préoccupait les enquêtées dans leur décision de mettre en place un projet parental. La

⁵⁴ Nous avons vu dans le chapitre précédent qu'avant 35 ans, la question d'avoir un enfant ne se posait pour aucune des femmes rencontrées. De plus, 35 ans est présenté par les médecins comme étant l'âge maximal pour avoir des enfants, après quoi la fertilité chute de manière très importante.

disponibilité physiologique à la procréation l'est tout autant. Néanmoins, ce critère n'apparaît pas dans leurs propos concernant la période de vie précédant le projet parental puisqu'il n'y avait pas lieu pour la majorité d'entre elles de s'en inquiéter. La question de la disponibilité physiologique ne se posait pas puisqu'elles se percevaient comme « jeunes » et ainsi, toujours fertiles. Autrement dit, leur corps comptait dans le choix de la temporalité du projet d'enfant, mais sa perception ne permettait pas d'envisager le risque d'infertilité. À l'inverse, le ressenti de ce corps « jeune » participait au report de la maternité dans les âges.

Ainsi, l'écart avec le discours social et médical sur l'horloge biologique se situe non seulement dans le fait que ce discours ne prenne pas en compte l'importance des conditions de la maternité pour avoir un enfant, mais également dans le fait qu'il ne prenne pas en considération le rapport au corps et à l'âge et ses évolutions dans notre société. Nous l'avons vu, le vieillissement des populations amène non pas à être vieux plus longtemps, mais génère un décalage de toutes les classes d'âges et ainsi, amène à se sentir plus jeunes à chaque âge par rapport aux générations précédentes.

En apprenant leur infertilité, les femmes rencontrées ont donc ressenti un sentiment de discordance lié au fait d'être devenues infertiles en raison de leur âge alors que leur corps ne manifestait aucun signe de changement, de vieillissement et que la société même participait à ce sentiment d'adéquation entre le corps et les choix de vie. Nombreuses sont celles qui ont été surprises en découvrant leur infertilité, comme nous allons l'explorer à présent dans le chapitre suivant.

Chapitre 11 : Complexité du corps « infertile » : capacité ovarienne et capacité gestationnelle

Le chapitre 11 clôt la partie consacrée à la présentation des trajectoires biographiques des femmes interrogées et nous amène aux prémices de leurs parcours d'AMP. Après avoir présenté leurs profils, histoires biographiques, rapports au corps et aux normes de société, voyons à présent quelles ont été leurs *réactions* lors de la prise de conscience de leur infertilité.

Le chapitre précédent montrait que les femmes rencontrées n'ignoraient pas qu'il existe une baisse de la fertilité avec l'âge. Cependant elles la situaient plus tardivement par rapport à l'âge auquel elles y ont été confrontées. Elles pensaient qu'entre 35 et 40 ans elles n'étaient pas encore concernées par la diminution de la réserve ovarienne, en raison de leur jeunesse physique, psychique et sociale. Pour cette raison, la plupart d'entre elles ont été surprises lors de l'annonce de la baisse de leur fertilité (Szewczuk, 2012). L'adéquation jusqu'alors perçue entre leur corps, les normes de société et leurs parcours biographiques a soudainement été mise en question, laissant place à un sentiment de discordance, se traduisant par un changement dans la perception de soi pour certaines, ou l'apparition d'une incertitude quant à la concrétisation du projet parental pour d'autres. Toutefois, nous montrerons que leur ressenti n'est pas tant lié à un décalage entre *disponibilité psychosociale à la maternité* et *disponibilité physiologique à la procréation*, qu'à une tension au sein même de la *disponibilité physiologique* : ici, *capacité ovarienne* et *capacité gestationnelle* sont temporellement dissociées. C'est ce que nous tenterons de montrer dans ce chapitre. Nous verrons dans un deuxième temps que cette distinction au sein même du corps reproducteur conduit les femmes à se mobiliser fortement pour pallier cette discordance.

Après avoir analysé leurs réactions lors de l'annonce d'infertilité, nous examinerons la manière dont ces femmes ont agi face à ce problème. Nous avons déjà

observé que certaines d'entre elles se sentaient soumises à une pression exercée par le temps qui s'écoule, avant même le début du projet parental. À ce stade de leurs trajectoires et conscientes de la baisse de leur fertilité, ce poids du temps s'est imposé pour l'ensemble d'entre elles. Elles se sont fortement mobilisées pour tenter de contrer l'inéluctable avancée de l'altération ovocytaire, notamment en réduisant au maximum la durée des différentes étapes qui précèdent le parcours d'AMP, ainsi que la durée du parcours d'AMP en lui-même. Elles ont ainsi entamée une « course contre la montre », à la fois face aux limites administratives de l'AMP et face à la diminution en cours de leur fertilité ovarienne. Se sentant suffisamment jeunes pour porter, accoucher et élever l'enfant à venir, l'entrée dans le parcours d'AMP était une évidence pour elles et justifiait leurs tentatives pour résoudre le problème que constitue l'altération ovarienne.

Le dernier point de ce chapitre questionne la double dimension du corps reproducteur. À partir d'une approche dumontienne, nous tenterons de montrer la relation *hiérarchique* existant entre les deux éléments qui composent la fertilité féminine : la *capacité ovarienne* et la *capacité gestationnelle*. Selon les situations et les points de vue, le corps reproducteur féminin est tantôt davantage défini par l'une ou l'autre de ces capacités. La prise en compte de la double capacité du corps reproducteur amène à mieux comprendre les trajectoires des femmes interrogées et l'écart avec le modèle bioéthique de l'AMP et discours social sur l'infertilité féminine. En effet, alors que dans le cadre du traitement de l'infertilité féminine liée à l'âge, la disponibilité physiologique à la procréation repose avant tout sur la capacité ovarienne, les femmes montrent que la capacité gestationnelle importe aussi pour définir la fertilité féminine et ainsi, les seuils de la *temporalité procréative*.

1. LE CHOC DE L'ANNONCE LIE A UNE TENSION AU SEIN MEME DU CORPS

Pour commencer, replongeons-nous dans les histoires biographiques des femmes interrogées, un peu en amont de l'annonce de l'infertilité, au moment où elles se sont senties disponibles pour avoir un enfant.

Les *couples récents* ont démarré leur projet parental relativement rapidement au regard de la durée de leur vie commune, comparé aux couples anciens. Ils expliquent faire « tout plus vite » entre la rencontre, la mise en couple, la cohabitation et le projet d'enfant, par rapport à une temporalité plus lente qu'ils estiment être la norme. « *À nos âges, on ne perd pas de temps je crois qu'on sait ce qu'on veut, ça va assez rapidement. Donc, un an après notre rencontre, on faisait l'amour sans protection pour qu'il y ait quelqu'un qui arrive* », explique ainsi Sarah. Le rapprochement des seuils marquant habituellement chacune des étapes de la vie de couple se comprend au regard des histoires biographiques des personnes concernées : la mise en couple à 40 ans et le projet parental qui en découle n'ont pas lieu suivant les mêmes rythmes qu'aux âges plus jeunes. S'il paraîtrait anormal pour un couple dans la vingtaine d'années d'essayer de faire un enfant 6 mois ou un an après leur rencontre, pour les couples de plus de 40 ans, ce n'est plus le cas.

Une fois le projet parental mis en place, les *couples anciens* comme les *couples récents* ont été concernés par ce rapprochement des seuils marquant le temps habituellement dédié à chacune des étapes que sont : la tentative d'avoir un enfant naturellement dans la seule intimité du couple, la consultation d'un gynécologue, l'éventuelle réalisation de courbes de températures, puis la consultation dans un centre d'AMP. Les femmes interrogées ont majoritairement réalisé ces différentes étapes en moins d'1 an quand pour les couples plus jeunes, il est conseillé d'attendre au moins une année entre chacune de ces étapes comme nous l'ont expliqué les professionnels.

Caroline : En fait, très très rapidement, quelques mois après notre rencontre, je crois qu'on était bien ensemble. On n'était certainement pas dans les bons couples précédemment donc la question n'a pas été abordée, ni lui ni moi n'avions l'envie d'en avoir précédemment, ou enfin très peu on va dire... et du coup, je sais pas moi, un mois et demi après notre rencontre, voilà, le coup de foudre. Donc on a essayé très rapidement en fait. Donc ça a été infructueux forcément. C'est là qu'on a compris qu'il pouvait y avoir quelque chose.

Enquêtrice : Au bout de combien de temps ?

Au bout de... eux ils disent qu'il faut un an d'essai, mais au bout de 6 mois, moi je me suis dit : « c'est bête, on devrait passer des examens, peut-être qu'il y a quelque chose à faire... » Voilà, je dirais qu'au bout de 6 mois oui, oui...

Enquêtrice : Vous avez consulté à ce moment-là une gynécologue que vous voyiez déjà auparavant ou vous êtes allée directement vers des spécialistes de la PMA ?

On est allé direct... je suis allée voir ma gynéco d'abord, et après en PMA. (Entretien P9B – Elle : 40 ans, Lui : 39 ans – Vie commune depuis : 3 ans – Projet d'enfant au bout de : 6 mois – En cours de parcours d'AMP, en attente des résultats de la 3^{ème} FIV)

D'autres témoignages montrent qu'une fois le projet parental mis en place, les enquêtées se sont rapidement tournées vers la médecine : le gynécologue habituel, d'abord, puis le centre d'AMP, généralement moins d'un an après. Le tableau du chapitre 8 présentant les caractéristiques des enquêtées montre que la majorité d'entre elles ont démarré leur projet parental depuis relativement peu de temps au moment de l'entretien (entre 1 et 3 ans)⁵⁵. Celles qui ont mis en place leur projet plus longtemps auparavant sont souvent inscrites dans des parcours d'AMP longs (jusqu'à 6 ans). Ces éléments révèlent qu'elles se sont très rapidement tournées vers l'AMP après le début du projet d'enfant. Compte tenu de leurs âges, elles souhaitaient que ce projet aboutisse au plus vite, notamment pour pouvoir élever l'enfant à venir en étant encore « jeunes », comme nous le verrons plus en détail au sein de la partie suivante. Mais dès lors qu'elles se sont tournées vers l'AMP, où elles ont immédiatement été prises en charge en raison de leur âge, la principale raison d'avancer au plus vite dans le projet parental a changé. En apprenant que leur réserve ovarienne est en fort déclin, elles ont dès lors craint de ne pouvoir faire advenir l'enfant désiré.

En effet, leur engagement en AMP a été l'occasion de la découverte de l'altération de leur fertilité et cette annonce a souvent été vécue difficilement. Pour certaines, comme Émilie, cette prise de conscience du vieillissement ovarien s'est accompagnée d'un profond changement dans la perception qu'elles avaient jusqu'alors de leur âge et d'elles-mêmes, se sentant soudainement « vieille ».

Émilie : Les femmes c'est vrai que, dans mon cas par exemple, on est vieille jeune en fait. Et du coup, je me retrouve à penser à mon âge chaque jour depuis 3 ans et à me sentir vieille parce que mes ovocytes ne marchent plus et j'ai l'impression

⁵⁵ Nous datons bien ici le début de la mise en place du projet parental et non la naissance du désir d'enfant, souvent bien antérieure à sa concrétisation en projet parental.

que j'ai 70 ans quoi presque. Depuis 2 ans, je ne pense qu'à ça. (...)

Enquêtrice : Et quand vous dites : « du coup je me sens vieille », du fait de la baisse de la réserve ovarienne, qu'est-ce que vous voulez dire, intérieurement, extérieurement...

En fait à tous les niveaux, à tous les niveaux. Le fait de focaliser sur mon âge et cette angoisse de ne pas pouvoir avoir d'enfant, là depuis 2 ans, et de penser qu'à ça, et du coup je me sens à la fois, vieille par le fait de ne pas pouvoir réussir à avoir un enfant et à la fois je focalise sur cet âge-là et je me sens, je ne sais pas, j'ai l'angoisse du temps qui passe et du coup depuis 2 ans, je ne sais pas, j'ai l'impression que c'est vieux, que je suis passée dans le rang des vieux quoi. Je ne sais pas comment le dire mais j'ai l'impression que d'un coup ma vie a basculé, d'une jeune fille adulte à finalement d'un autre côté, presque comme un retraité quoi, je ne sais pas. J'ai l'impression que ma vie a basculé dans quelque chose où, ça y est, il y a des choses qui ne sont plus possibles de faire et le fait de ne pas pouvoir avoir un enfant, je ne sais pas, je me suis sentie... oui, il y a tout qui est parti avec, quoi, l'insouciance, je ne sais pas, tout est compté, tout est ...la peur du temps qui passe parce que pour moi chaque fois que le temps passe ça veut dire un échec par rapport au fait d'avoir un enfant, donc le temps est angoissant, on focalise sur l'âge qu'on a et voilà, le temps qui passe... (Entretien P1B – Elle : 41 ans, Lui : 30 ans – Durée vie commune : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 2 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente d'une 4^{ème} et dernière FIV et en cas d'échec recours au don d'ovocyte en Espagne prévu)

Cet extrait montre l'impact fort qu'a eu le vécu de l'infertilité liée à l'âge sur la perception qu'Émilie avait d'elle-même. Elle se percevait jusqu'alors comme une « jeune fille adulte », mais se trouver confrontée à la baisse de sa fertilité l'a soudainement fait en partie basculer dans une tranche de vie « supérieure », dans une génération plus âgée à laquelle pourtant elle n'appartenait pas. La privation progressive de sa capacité physiologique à procréer lui est apparue comme une perte progressive d'autonomie et de liberté. Elle a soudainement réalisé qu'elle n'était plus capable de tout faire, la renvoyant de ce fait dans l'univers des personnes âgées, des retraités, des personnes en perte de capacité. Ce sentiment de dépossession de ses moyens physiologiques, couplé au comptage du temps qui passe et à l'angoisse de

voir le temps passer, l'a amené à se définir et à se vivre en partie comme une personne vieillie. Nous mesurons tout le tragique d'une telle comparaison. Comme un « vieux » qui compte ses jours restants, Emilie comptait chacun des jours qui la rapprochaient un peu plus vers un éventuel deuil de son projet d'enfant. Elle ajoute que cette expérience lui a fait perdre son insouciance, attitude souvent associée à la jeunesse. Le temps qui passe était source d'angoisse, et vivre cette expérience la rapprochait de la catégorie des « vieux ». Nous pouvons faire l'hypothèse que cette sensation de basculer dans une autre phase de la vie humaine est liée aux représentations attachées à la fin de la fertilité féminine et à la ménopause, qui symbolisent traditionnellement un des seuils de bascule d'un des grands âges de la vie à un autre. Des travaux anthropologiques ont montré que la fin de la fertilité féminine, s'incarnant généralement à travers la ménopause, est souvent considérée comme l'événement biosocial marquant le passage entre le statut de mère à celui de grand-mère, soit du statut d'adulte à celui de « vieux » (Fine *et al*, 2009). Mais plus encore, l'élément nous semblant le plus intéressant à commenter ici est cette notion de « *vieille jeune* », une catégorie d'entre deux à laquelle Émilie se sent appartenir. Mi-jeune, mi-vieille, elle fait référence ici à une tension à l'intérieur même de son corps, entre sa réserve ovarienne vieillissante et le reste de son corps toujours jeune.

D'autres réactions ont été observées, liées cette fois à la perspective que le projet parental pourrait ne pas aboutir à cause du problème d'infertilité.

À partir de là, ça a été le drame. Disons que je suis vraiment tombée de haut, parce que vraiment je ne m'y attendais pas... et puis bon, la maison, tout ça, c'est vraiment pour y mettre un enfant dedans quoi. (...) Donc ça a été vraiment, finalement... on a priorisé la maison et puis tout ça, pour finalement un truc qui ça se trouve n'arrivera pas quoi. (Entretien P8A – Elle : 42 ans, Lui : 40 ans – Durée vie commune : 11 ans – Projet d'enfant au bout de : 9 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente de la 4ème et dernière FIV)

En mettant en perspective la baisse de fertilité avec ses priorités de vie précédentes, ces dernières ont soudainement perdu leur importance aux yeux de Mounia. L'évidence du sentiment d'indisponibilité à la maternité qu'elle avait précédemment

ressenti en raison de sa situation matérielle, lié à la volonté d'offrir plus de confort à l'enfant à venir, a été chamboulée lorsqu'elle a appris qu'il était peut-être trop tard pour concrétiser son projet parental.

Caroline a aussi réagi face à cette soudaine incertitude de voir aboutir son projet d'enfant :

Enquêtrice : Est-ce que le fait d'entendre ça, qu'il y avait une diminution de la réserve ovarienne en raison de l'âge, et en plus la façon dont ça a été annoncé au départ, est-ce que ça a changé quelque chose dans la perception que vous aviez de vous-même, de votre âge, de... ?

Non, moi je ne me suis pas sentie plus vieille ou moins bien dans ma peau, non, parce que ça non, ça, ça n'a pas impacté. Ce qui m'a impactée, c'est de me dire : « mais les projets qu'on a, ils ne vont pas pouvoir se réaliser ». Là, d'un coup, vous n'êtes plus maître de votre destin ou de votre vie telle que vous voulez la mener. D'un coup, la nature décide pour vous et là, non, ce n'est pas entendable. Moi, je me sens en pleine forme, je suis à fond à chaque fois, je veux dire je ne me sens pas diminuée physiquement... Non, non, je me sens toujours femme pareil, voilà. Non, ça n'agit pas moi, là-dessus ça n'agit pas, sur ma perception, sur la perception que j'ai de moi-même, non. Mais je pense que ça peut, pour certaines personnes. (Entretien P9B – Elle : 40 ans, Lui : 39 ans – Vie commune depuis : 3 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 mois – En cours de parcours d'AMP, en attente des résultats de la 3^{ème} FIV)

La prise de conscience de l'infertilité s'est accompagnée pour Caroline de la réalisation que son projet parental ne dépendait plus de sa seule volonté. Elle exprime le sentiment de perdre la maîtrise du choix d'avoir un enfant devenu uniquement dépendant de la « nature », elle-même à l'origine de l'infertilité qu'elle dissocie du ressenti de sa condition physique, en rien altérée par rapport aux années précédentes. La congruence des éléments a fait place à la discordance : une partie de son corps n'était plus en adéquation avec le ressenti du reste du corps et des normes de société.

La prise de conscience de l'altération en cours de la fertilité, liée à la rencontre avec les médecins de la reproduction, a parfois mis en cause les perceptions que ces

femmes avaient d'elles-mêmes, ébranlant la certitude de la concrétisation du projet parental. Le contraste entre le sentiment d'un corps et d'une vie sociale jeunes et la découverte de leur infertilité liée à l'âge montre une tension entre deux aspects de leur propre corps, et pas seulement entre le corps d'une part et la volonté d'autre part : elles expérimentent, au sein de leur corps jeune dans son ensemble, l'altération d'une de ses parties. En effet, elles ne font pas face à une stricte indisponibilité physiologique à la procréation, mais à l'indisponibilité d'une partie de leur capacité physiologique reproductive. Plus précisément, leur *capacité ovarienne* s'altère, quand leur *capacité gestationnelle* est toujours opérante. Elles se sentent toujours assez jeunes pour pouvoir porter un enfant, tandis qu'elles deviennent trop âgées pour produire des ovocytes de qualité suffisante pour créer un embryon viable permettant une grossesse.

Ainsi, à cette double capacité correspond une double temporalité : les femmes peuvent produire des ovocytes permettant de produire un embryon moins longtemps qu'elles ne peuvent porter un embryon. Autrement dit, la *capacité ovarienne* dure moins longtemps que la *capacité gestationnelle*. Si la mise en œuvre de la *capacité gestationnelle* n'a pas de limite théorique tant qu'une femme possède son utérus, elle est toutefois transformée au cours du temps, les risques de complications liées à la grossesse augmentant avec l'âge. Cependant, cette notion reste floue, car dans la littérature médicale, la limite d'âge à partir de laquelle la grossesse est considérée « à risque » est variable, et sensiblement repoussée au fil des ans. En effet, il y a dix ans les études épidémiologiques considéraient comme « tardives » les grossesses à partir de 35 ans (Belaisch-Allart et al., 2008). En 2008, lors de la publication des mises à jour du CNGOF⁵⁶ sur les « risques materno-fœtaux » lié au « désir tardif d'enfant », ce sont les grossesses à plus de 40 ans qui étaient considérées comme « tardives ». Au sein de ce texte du CNGOF, il est rapporté que les risques materno-fœtaux augmentent après 40 ans : en effet, « 81,6 % des grossesses de 40-44 ans sont des grossesses à bas risque contre 86,3 % entre 30 et 34 ans ». Ces données sont tantôt présentées comme péjoratives par les gynécologues-obstétriciens les publiant, tantôt comme rassurantes et positives (*Ibid.* : 83 ; Martin et Maillet, 2005). C'est ainsi que le

⁵⁶ CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

URL :

https://web.archive.org/web/20150326010806/http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GM_073_belais_ch.pdf

Professeur René Frydman explique dans les médias qu'« *il faut rassurer les femmes qui décident d'avoir un enfant après 40 ans. Contrairement à ce qui se dit souvent, leur grossesse n'est pas condamnée à être une grossesse compliquée. La patiente ne court pas plus de risque qu'une autre femme, pourvu qu'elle soit bien suivie médicalement.* »⁵⁷. René Frydman comme d'autres gynécologues-obstétriciens présents dans les médias, tel que le Professeur François Olivennes, considèrent les grossesses comme « tardives », car « à risques », à partir de 45-48 ans⁵⁸. Cette considération de grossesse « tardive » car trop risquée obstétricalement évolue au fil du temps et du développement de l'accompagnement médical à la grossesse et à l'accouchement, ce dernier remodelant sans cesse la notion de « risque ». Le risque acceptable aujourd'hui selon les professionnels de santé n'est plus le même qu'hier, variant au gré des innovations techniques, des découvertes scientifiques et du changement des normes sociales. Outre, l'allongement de l'espérance de vie et le recul constant de l'âge au premier enfant en France depuis un demi-siècle, l'augmentation du recours aux techniques d'AMP a banalisé les grossesses après 40 ans, qui deviennent plus nombreuses et communes. Ainsi, la temporalité de la *capacité gestationnelle* évolue au cours du temps et l'écart avec la *capacité ovarienne* se creuse. Or, le vécu de cette tension fait naître des attentes et une demande nouvelles à l'égard de l'AMP, qui peut apparaître comme une réponse aux femmes en situation de perte de leur *capacité ovarienne* en vieillissant.

Comme nous l'avons déjà présenté dans la deuxième partie, les pratiques des médecins de la reproduction s'écartent parfois du cadre légal, et ces derniers considèrent l'âge des femmes comme une indication de prise en charge en AMP. Lorsqu'elles ont entre 38 et 42 ans environ, cette seule donnée garantit une prise en charge rapide, du moins dans un premier temps pour réaliser les examens. L'altération de la réserve ovarienne n'étant pas directement mesurable, ce qui compte alors pour démarrer le parcours d'AMP est qu'elles aient des ovocytes dont la qualité sera déduite de la réponse au traitement⁵⁹. Si la réserve ovarienne est complètement altérée, c'est-à-dire si il n'y a plus de production d'ovocytes, la prise en charge leur

⁵⁷ URL : <https://web.archive.org/web/20170623221309/http://www.carnetsdesante.fr/Frydman-Rene>

⁵⁸ URL : <https://web.archive.org/web/20150416005349/http://www.pourquoidoctor.fr/Articles/NOS-DOSSIERS/2007-Grossesse-apres-40-ans-les-reponses-du-Pr-Francois-Olivennes>

⁵⁹ Nous détaillerons dans la partie suivante comment l'altération de la qualité de leur réserve ovarienne entraîne des échecs à répétition des tentatives de FIV.

est refusée car le don d'ovocytes n'est pas autorisé pour les femmes de plus de 40 ans dans les centres d'AMP étudiés. Ainsi, les enquêtées, recrutées au sein des centres d'AMP, étaient toutes prises en charge en raison de leur âge et parce qu'elles produisaient encore des ovocytes. Seules deux d'entre elles avaient entamé un parcours initialement pour une autre raison, mais ont été concernées par une infertilité liée à l'âge dans un second temps.

Nous allons voir à présent comment la prise en charge en AMP liée à l'altération physiologique de leur capacité ovarienne, les a soumises à une lutte contre le temps, où il fallait concrétiser le projet parental au plus vite, avant que la baisse de la fertilité ne devienne trop importante. Toutes les femmes interrogées ont exprimé un sentiment d'urgence, les amenant à vouloir avancer le plus rapidement possible dans le parcours d'AMP. Cette détermination et l'absence d'abandon de leur projet face au diagnostic d'infertilité ovarienne est directement liée au « sentiment de jeunesse » qui perdure malgré l'altération de la capacité ovarienne. Le ressenti d'un corps jeune dans la globalité maintient la confiance qu'elles ont en leur capacité de porter, accoucher et élever l'enfant à venir. Autrement dit l'assurance de toujours détenir une *capacité gestationnelle* qui est le témoin de leur corps jeune, cohérente avec l'idée de jeunesse qu'elles ont d'elles-mêmes – même si cette image peut être altérée comme nous l'avons montré précédemment – devient une ressource face à la défaillance de la *capacité ovarienne*.

2. LA COURSE CONTRE LA MONTRE : UNE FORTE MOBILISATION POUR QUE LE PROJET PARENTAL ABOUTISSE

Quelques-unes des femmes rencontrées ressentaient déjà une forme de pression temporelle avant la mise en place du projet parental, notamment celles qui étaient au courant de l'altération physiologique de leur réserve ovarienne. Mais une fois que les médecins de l'AMP les ont prises en charge, c'est alors l'ensemble d'entre elles qui sont entrées dans une lutte contre le temps. Dans cette période particulière au cours de laquelle le temps est compté, les médecins et personnels des centres d'AMP luttent

aux côtés des femmes et participent à cette course contre la montre, tout en adoptant un discours alarmistes vis-à-vis du temps passé et du temps qu'il reste. Nous avons montré au sein de la deuxième partie que les professionnels mettent eux-mêmes en place une temporalité spécifique de prise en charge en AMP du fait de l'âge des femmes, en accélérant le tempo du processus médical habituel. Nous allons voir à présent que les femmes rencontrées, non seulement collaboraient à ce rythme, mais tentaient en plus pour certaines de le dynamiser davantage encore. Plusieurs d'entre elles ont témoigné avoir essayé par différents moyens d'accélérer la procédure du parcours de FIV, en collaboration avec les médecins, et plus largement avec le reste de l'équipe médicale, notamment les secrétaires.

Les discours des professionnels de l'AMP rapportés par les enquêtées témoignent de cette notion d'urgence à avancer dans le processus médical :

Émilie : Elle [la médecin gynécologue] a été assez claire sur le fait qu'à 39 ans, ça dégringolait très vite, elle a été très claire sur ce sujet, sans alarmer, mais elle m'a dit : « bon effectivement, on s'aperçoit que passé 40 ans, c'est... ça dégringole donc il ne faut pas perdre de temps quand on essaie à cet âge-là, il ne faut pas perdre de temps ». Et le docteur X [le biologiste] a confirmé après. Il a dit : « voyez ce que vous voulez faire, mais si vous devez en arriver aux FIV, là vous pouvez encore essayer naturellement, il m'a dit, au bout d'un an ce n'est pas alarmant, il a dit, mais si vous pensez en arriver aux FIV, ne traînez pas ». Parce qu'après on sait que les résultats sont... chutent beaucoup quoi, énormément. ». (Entretien P1B – Elle : 41 ans, Lui : 30 ans – Durée vie commune : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 2 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente d'une 4^{ème} et dernière FIV et en cas d'échec recours au don d'ovocyte en Espagne prévu)

Marie-Claire : Donc moi, heureusement que mon compagnon était là parce que je pense que mon écoute a été émotionnelle, c'est sûr, j'étais, je me retrouvais là, dans un truc, même si je le pressentais, c'était vertigineux pour moi... et du coup, je n'ai plus rien entendu après pour tout vous dire, si ce n'est qu'il fallait aller vite, que le temps était compté, pour revenir à votre thématique, que le temps était compté, que... je n'avais pas, enfin... on n'avait... bon évidemment on peut toujours prendre le temps de tergiverser mais il ne fallait pas trop

qu'on tergiverse sur cette question-là, parce que... un mois de passé était un mois de perdu et qu'un mois de perdu dans ce contexte là c'était beaucoup plus qu'un mois. Enfin, bon voilà, le contexte où tout de suite on est pris à la gorge quoi... et que il fallait passer... et je crois que c'est la 2^{ème} chose que j'ai entendue et que je n'imaginai pas du tout dans mon parcours, c'est qu'il fallait passer par les FIV. (Entretien P12B – Elle : 40 ans et 5 mois, Lui : 39 ans – Durée vie commune : 8 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – En cours de parcours d'AMP depuis 6 ans, en attente du transfert d'un embryon congelé suite à une FIV en don d'ovocyte en Espagne ayant échoué)

Le fait de commencer rapidement une protocole de FIV a été conseillé par le corps médical à l'ensemble des enquêtées, pour deux raisons principales : la diminution des chances de réussite qui augmente d'année en année en lien avec l'altération de la réserve ovarienne ; et la limite de prise en charge à 43 ans fixée par la sécurité sociale.

Le temps, souvent impensé avant le projet parental, est devenu mesuré, compté et source de stress dès la prise de conscience de la baisse de la fertilité et le commencement du parcours d'AMP. À partir de ce moment-là, les femmes entrent dans une sphère temporelle particulière. Leurs propos témoignent de ce rapport au temps changeant au cours de l'histoire biographique.

Donc, du coup, c'est vrai qu'on a laissé le temps passer, qu'on se retrouve aujourd'hui à se dire qu'il nous manque quelque chose quoi. Mais quoi, je ne sais pas si c'est la société parce qu'on fait tout plus tard... J'ai l'impression vraiment d'avoir rêvé, pas rêvé... mais d'avoir laissé le temps filer, de ne pas avoir fixé les bonnes priorités. Après, il ne faut rien regretter, ce n'est pas... ça ne sert à rien donc ...c'est comme ça, point. C'est comme ça.

Enquêtrice : Et est ce qu'à partir du moment où vous avez démarré votre projet d'avoir un enfant, vous vous êtes... par rapport à la question de l'âge, vous vous êtes sentie pressé, enfin... ?

Oui, j'ai bien senti la situation d'urgence. C'est pour ça d'ailleurs que je suis venue tout de suite voir ma gynécologue pour voir si on pouvait espérer ou pas ou si c'était déjà trop tard. Donc oui, c'est une situation d'urgence, ça c'est sûr. Et à chaque fois qu'il faut repousser un examen d'un mois ou un

truc comme ça, c'est le mois de plus qui vous tombe sur les épaules, quoi. C'est... On compte les mois, vraiment. C'est une situation d'urgence, c'est exactement ça. (Entretien P11B – Elle : 43 ans, Lui : 50 ans – Durée vie commune : 15 ans – Projet d'enfant au bout de : 13 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente 2^{ème} et dernière FIV compte tenu de son âge)

Ce témoignage montre la fluctuation du rapport au temps au cours de la vie. Concernant le temps passé, certaines enquêtées, comme Cécilia, ont témoigné ne pas s'en être souciées, il était absent de leur perception et elles ne le voyaient pas défiler. Concernant le temps présent, à l'inverse, il était au cœur de leur pensée, elles se battaient contre lui, l'affrontaient au quotidien comme l'explique également Emilie :

Enquêtrice : Vous testerez d'abord la 4e FIV en France avant de... ?

Voilà, on veut la tester rapidement justement, tout de suite là, après le dernier embryon transféré, on aimerait l'enchaîner tout de suite après, puisque bon le temps finalement est compté. Et donc, on a l'impression que là, on n'est pas au jour près, mais presque. C'est un processus depuis 2 ans où on compte les jours et on voit les jours défiler et c'est autant de jours qui s'approchent vers le fait qu'on pourra peut-être ne plus jamais en avoir, donc c'est une course contre la montre malheureusement. » (Entretien P1B – Elle : 41 ans, Lui : 30 ans – Durée vie commune : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 2 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente d'une 4^{ème} et dernière FIV et en cas d'échec recours au don d'ovocyte en Espagne prévu)

L'appréhension du temps est explicite dans cet extrait d'entretien. En fin de parcours d'AMP en France au moment de l'entretien, elle explique que chacun des jours passant l'approchent un peu plus de la fin du projet parental, rendant son aboutissement de plus en plus incertain. Ainsi, pour qu'il se concrétise, elle doit se dépêcher de faire les tentatives de FIV, avant que son infertilité ne s'accroisse davantage. Dans cette optique, la plupart des enquêtées ont essayé d'accélérer la procédure habituellement dédiée au parcours d'AMP :

Clarisse : *Au mois de mars on a refait le TEC, ça n'a pas fonctionné. Donc on est reparti sur une FIV, alors que normalement il y a 3 mois de pause à chaque fois. Sauf que*

moi je ne fais pas de pause. Je leur ai demandé sans pause. Voilà, attendre que les règles arrivent mais on réattaque derrière tout de suite, je ne veux pas de pause, je n'ai pas le temps je leur ai dit, et elle sait Mme X [la gynécologue] que je n'ai pas le temps. (...) Donc on avait dit on fait la FIV là début juin, si ça ne fonctionne pas on réattaque tout de suite le traitement d'une FIV derrière, j'ai dit même si je suis vidée vous réattaquez tout de suite, pour qu'après on puisse faire les TEC en dehors du protocole d'être à 100 %. Parce que les TEC ça fonctionne, ce n'est pas aussi cher que de faire des FIV, donc j'avais une réserve de traitement aussi à la maison pour justement ne rien avoir à payer et pouvoir faire des TEC après mes 43 ans. (Entretien P3A – Elle : 42 ans et 11 mois, Lui : 46 ans – Durée vie commune : 2 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 mois – Fin du parcours d'AMP : enceinte après la 2ème FIV)

Clarisse explique dans cet extrait d'entretien que la course contre la montre qu'elle menait était notamment liée à l'échéance posée par la sécurité sociale, soit la limite de remboursement de la prise en charge fixée au 43^{ème} anniversaire de la femme. Elle voulait avoir le temps de faire toutes les tentatives couteuses avant la fin de la prise en charge, sans quoi elle n'aurait pu les prendre elle-même en charge financièrement et aurait perdu des chances d'obtenir une grossesse. L'échéance administrative apparaît ici comme un élément de justification de la course à mener, prenant forme à travers la décision de ne pas faire de pauses pendant le parcours, incitant ainsi les médecins à ne pas suivre leurs habitudes de prise en charge qui consistent à attendre quelques mois – ou au minimum un cycle de menstruation – entre deux tentatives de FIV. D'autres encore, comme Clarisse, ont estimé ne pas avoir non plus le temps de s'accorder de pauses pendant le parcours d'AMP.

Marion : La contrainte que j'ai eu c'est que je m'approchais de l'âge, j'avançais dans l'âge donc je n'avais pas le temps de dire bon je vais faire une pause pendant 6 mois et puis je vais tenter à nouveau. Là j'étais obligée de faire tous les 2 mois, recommencer les piqûres parce que je n'avais pas de temps à perdre, je ne pouvais pas attendre, alors que c'est conseillé justement, c'est conseillé d'attendre avant de recommencer. Moi je n'ai pas eu ce choix-là, je n'ai pas eu cet avantage parce qu'il fallait que voilà il fallait que j'aie vite parce que l'âge. Mais bon ça c'est ma faute, j'aurai pu, j'aurai dû

commencer plus tôt, mais bon. (Entretien P5A – Elle : 42 ans, Lui : 45 ans – Durée vie commune : 12 ans – Projet d'enfant au bout de 2 ans – Fin du parcours d'AMP avec échec après 4 FIV et une insémination)

Face à ces contraintes temporelles, les femmes rencontrées, non seulement ne s'accordaient pas de pauses, mais tentaient de surcroît d'accélérer le rythme de prise en charge en AMP. Cela concernait surtout les prises de rendez-vous avec les médecins pour lesquels il y avait souvent un long délai d'attente (2-3 mois).

Et j'ai vraiment accéléré les choses pour que je prenne les rendez-vous avant, j'ai enquiné les secrétaires... parce que, voilà par rapport à mon âge, c'est bien si je peux le faire le plus rapidement possible pour avoir plus de chance pour en faire d'autres si la première ne marche pas. (Entretien P4B – Elle : 41 ans, Lui : 43 ans – Vie commune depuis : 2 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – Au début du parcours d'AMP, en cours de stimulation en attendant la 1^{ère} FIV)

Ayant 41 ans et étant au début de son parcours d'AMP, Géraldine estime devoir avancer le plus rapidement possible dans ce parcours afin d'avoir le temps de réaliser toutes les tentatives possibles avant la limite de prise en charge, soit son 43^{ème} anniversaire. Ainsi, d'emblée elle a tenté d'accélérer sa prise en charge en essayant d'avoir des rendez-vous médicaux plus rapidement que ce qu'on lui proposait.

Enquêtrice : Et est-ce qu'au cours des rendez-vous suivants elle vous en a reparlé, est-ce qu'elle a insisté là-dessus par rapport au temps, par rapport au fait qu'il faut enchaîner rapidement les différentes tentatives ?

Caroline : *Non, parce qu'elle a vu que j'étais très réactive donc elle a compris que c'est moi par exemple qui me suis débrouillée pour faire passer le dossier en commission. Elle m'a dit, elle m'a même dit : « mais vous connaissez la secrétaire, vous êtes adressée par qui, vous avez des entrées à St Joseph ? » J'ai dit : « non, je n'ai aucun piston pour passer avant tout le monde en commission, je me bats beaucoup pour que les choses avancent très vite, voilà ». Je lui ai dit : « c'est la seule chose que je fais ». Donc elle a compris qu'effectivement il faudrait avoir une certaine cadence avec moi, voilà.* (Entretien P9B – Elle : 40 ans, Lui : 39 ans – Vie

commune depuis : 3 ans – Projet d'enfant au bout de : 6 mois
– En cours de parcours d'AMP, en attente des résultats de la
3^{ème} FIV)

Dans le même objectif d'avancer au plus vite dans ce parcours médicalisé pour avoir plus de chance de concrétiser son projet parental, Caroline explique avoir suivi et manœuvré à distance l'avancement de son dossier afin d'être prise en charge le plus rapidement possible. Cet exemple, au même titre que les autres présentés dans cette partie, montre que les femmes rencontrées, loin d'être des « patientes » passives de leur parcours d'AMP, se mobilisent fortement, plus encore qu'attendu par les médecins. Pour les plus avancées d'entre elles en âge, l'objectif est d'avoir le temps d'effectuer les 4 FIV prises en charge par la sécurité sociale avant l'âge limite de 43 ans, pour maximiser les chances de réussite.

Donc là, je vois la gynécologue, je lui dis : « mais est-ce qu'on peut recommencer de suite ? parce que j'ai 43 dans 3 mois, à l'époque », et comme à 43 ans, ça s'arrête... Il y a vraiment un truc, on a l'impression que ça s'arrête, c'est fini, ce truc de l'âge de 43 ans, mais vraiment, on a l'impression qu'après, bin, c'est out quoi. Donc, il y a vraiment... il y a quand même une barrière invisible qui se met. Donc, par exemple, on dit : « il reste trois mois ». Alors que ma vie ne va pas s'arrêter dans 3 mois, mais quand même il y a ce truc, « il reste trois mois, oui bon alors on va peut-être enchaîner ». (Entretien P2B – Elle : 42 ans et 11 mois, Lui : 46 ans – Vie commune depuis : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – En cours de parcours d'AMP, en attente de la dernière FIV/ICSI avec don de sperme en raison de son âge)

Sarah exprime le vécu d'une étrange impression liée à l'approche de l'échéance des 43 ans et au fait de se dire « *il reste trois mois* ». Elle compare ce comptage du temps à ce qui pourrait s'apparenter à un comptage de fin de vie. Toutefois, pour elle, cette échéance marque la fin d'une étape, celle de la course contre le *temps administratif*, lié à la limite de la sécurité sociale. Parfois, comme nous le verrons dans la prochaine partie, le projet parental continue au-delà la limite des 43 ans, lorsqu'elles choisissent par la suite de recourir au don d'ovocytes à l'étranger.

Comme nous l'avons déjà évoqué, les limites administratives ne justifient pas à elles-seules ces trajectoires accélérées. En effet l'altération physiologique de la réserve ovarienne constitue l'autre raison pour laquelle faire des pauses dans le parcours d'AMP était inenvisageable. C'est par exemple le cas d'Estelle : à 43 ans elle a été refusée en protocole de FIV mais acceptée pour quelques tentatives d'insémination avec stimulation hormonale. Après deux tentatives elle a eu une grossesse soldée par une fausse couche. Les deux tentatives suivantes n'ont pas abouti et les médecins n'ont pas reconduit sa prise en charge malgré sa demande de payer les tentatives. Lorsque je l'ai rencontrée, elle poursuivait son projet parental en dehors d'un centre d'AMP. Sa gynécologue de ville lui avait prescrit un traitement hormonal tandis qu'elle essayait d'avoir une grossesse spontanée. De fait, elle n'était plus soumise aux limites administratives imposées par la sécurité sociale puisqu'elle ne passait plus par l'AMP.

Mais par contre, non, là c'est encore une fois lié à la limite d'âge, quoi. On me l'a dit : « vous devriez faire une pause », mais non, non, ce n'est pas la peine, je ne vais pas faire une pause de 6 mois alors que j'aurai encore moins de chance dans 6 mois, vous voyez ce que je veux dire. Voilà, à 20 ans, on se serait dit peut être que oui, je vous dis, une patiente elle a pris 10 kg, la pauvre... Et elle a le temps, elle a 30 ans, 32 ans. Elle fait une pause d'un an parce que.... Je lui ai dit : « faites-le, vous avez le temps, vous avez encore 10 ans devant vous quoi. Peut-être que d'ici là en plus on trouvera d'autre chose. Faites la pause, c'est le temps de vous nettoyer, d'essayer d'éliminer ». Mais non, moi c'est vraiment effectivement pris par le temps, quoi, voilà. (Entretien P7B – Elle : 43 ans, Lui : 45 ans – Durée vie commune : 3 ans – Projet d'enfant au bout de : 1^{er} mois – Fin parcours d'AMP après inséminations, poursuit naturellement avec stimulation ovarienne)

Ainsi, la course contre le *temps administratif* est doublée d'une course contre le *temps ovarien*, qui s'écoule au rythme de l'altération progressive de la réserve ovarienne. La course simultanée face à ces deux temporalités se comprend par le fait qu'elles incarnent toutes deux une limite dans la prise en charge en AMP en France. Cependant, en dehors même du cadre administratif de l'AMP, la course est toujours

d'actualité car l'altération de la réserve ovarienne sonne le glas du projet parental, tout au moins avec ses propres gamètes.

Un autre aspect remarquable de ces témoignages est que ces femmes n'évoquaient jamais leurs compagnons, ou très rarement. Dans les seuls cas où elles en ont fait référence, c'est pour témoigner de la distance entre leurs propres vécus et ceux de leurs conjoints.

Les femmes c'est vrai que, dans mon cas par exemple, on est vieille jeune, en fait. Et du coup, je me retrouve à penser à mon âge chaque jour depuis 3 ans et à me sentir vieille parce que mes ovocytes ne marchent plus et j'ai l'impression que j'ai 70 ans quoi presque. Depuis 2 ans, je ne pense qu'à ça. Et c'est vrai que l'homme ne rencontre pas cette difficulté. (Entretien P1B – Elle : 41 ans, Lui : 30 ans – Durée vie commune : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 2 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente d'une 4^{ème} et dernière FIV et en cas d'échec recours au don d'ovocyte en Espagne prévu)

L'idée, c'est que je me dis quand même, plus pour moi que pour lui, je... Autant jusque-là je ne me suis pas sentie vieillir. Comme si en fait, je ne sais pas... la vie est allée très très vite, mais vraiment super vite, quoi. (Entretien P5B – Elle : 40 ans, Lui : 48 ans – Durée vie commune : 18 mois – Projet d'enfant au bout de : 1 an – Au début du parcours d'AMP, en attente du début de la stimulation hormonale pour la 1^{ère} FIV/ICSI)

Les témoignages d'Emilie et Mélanie montrent que leurs compagnons ne vivaient pas la confrontation soudaine au vieillissement de leur corps reproducteur, contrairement à elles. En raison d'une plus longue disponibilité physiologique procréative et de l'absence de limite administrative imposée par le système de santé français, ils ne faisaient pas face, contrairement à elles, à cette discordance dont elles ont témoigné.

Ainsi, les différents témoignages relatifs à la « course contre la montre » permettent de dégager plusieurs observations. Il s'agit tout d'abord d'une course contre les limites administrative et physiologique à la procréation. Les 4 tentatives de

FIV remboursées et la limite des 43 ans, ainsi que l'altération physiologique de la réserve ovarienne, marquent la fin du parcours d'AMP en France. Il s'agit de deux marqueurs temporels majeurs dans le sens où ils signifient la fin d'une échéance, celle de la prise en charge en AMP et avec elle, la fin probable du projet parental tel qu'envisagé jusqu'alors.

Par ailleurs, nous observons des femmes qui présentent un comportement différent de ce que la compliance médicale à un traitement demande habituellement : elles ne se contentent pas de répondre à une directive médicale, elles prennent les devants, bousculant l'institution médicale et ses personnels en accélérant les rythmes et en compressant les temps normalement dédiés aux différentes étapes du parcours d'AMP. Nous avons ainsi pu voir, que loin d'être des *patientes* de leur parcours procréatif, au sens de subir sans agir, elles étaient de véritables *agents* de leurs parcours (Franklin, 1997 ; Thompson, 2005).

Contrairement au discours considérant que les femmes recourant à l'AMP à plus de 40 ans réclament un « droit à l'enfant » en prônant la toute-puissance de la technique, il nous semble que leurs actions témoignent d'autre chose. En effet, elles ne sont pas dans une attente passive, dépendantes d'une technique médicale qui leur serait fournie par les services d'AMP pour contourner les limites de la « nature » dont elles feraient fi. Au contraire, la lutte qu'elles entament pour contrer l'altération de leur réserve ovarienne prend sens non seulement par la confiance qu'elles ont dans l'actualité de leur capacité à devenir mère, mais également par la confiance en leur capacité gestationnelle. Ainsi, le décalage qu'elles ressentent entre diminution de la capacité ovarienne d'une part, jeunesse de leur corps et jeunesse sociale d'autre part, permet de mieux appréhender les raisons de leur forte implication dans le parcours d'AMP. Le point suivant propose de développer ce constat en prolongeant l'étude de l'articulation du corps reproducteur entre capacité ovarienne et capacité gestationnelle, au prisme d'une approche dumontienne.

3. LA DISTINCTION ENTRE CAPACITE OVARIENNE ET CAPACITE GESTATIONNELLE : UNE APPROCHE DUMONTIENNE

La distinction que nous avons effectuée entre *capacité ovarienne* et *capacité gestationnelle* permet de mieux comprendre les ressentis et décisions des femmes : elle explicite ce sentiment de discordance entre l'altération ovarienne et la jeunesse du corps ressenti comme capable d'assumer la fonction gestationnelle et parentale, ainsi que leur volonté de dépasser cette insuffisance ovarienne. Nous proposons dans cette partie de développer une analyse de la distinction entre les *capacités ovarienne* et *gestationnelle* en nous appuyant sur la *théorie de la hiérarchie* de Louis Dumont (1966). Celle-ci peut nous permettre d'éclairer certaines caractéristiques de la relation existant entre ces deux éléments, et la façon dont ils sont appréhendés par le discours social et médical, ainsi que par les femmes elles-mêmes.

Dans l'appendice *Vers une théorie de la hiérarchie* de son ouvrage *Homo hierarchicus*, Dumont appréhende la hiérarchie non pas comme un principe inégalitaire ou de répartition du pouvoir, mais comme « *principe de gradation des éléments d'un ensemble par référence à l'ensemble* » (1966 : 92). Il explique que la hiérarchie comporte différents niveaux : un tout (ou un ensemble) et un (ou plusieurs) élément(s) de ce tout (ou de cet ensemble). Ces deux niveaux sont en relation et c'est cette relation qui est hiérarchique. Dumont nomme cette relation hiérarchique « *l'englobement du contraire* » (*Ibid.* : 397). Cette notion désigne le principe suivant : « l'élément fait partie de l'ensemble, lui est en ce sens consubstantiel ou identique, et en même temps il s'en distingue ou s'oppose à lui » (*Ibid.* : 397). Au sein du premier niveau, ou du niveau supérieur, il y a *unité*, tandis qu'au niveau inférieur, il y a *distinction*. Cette distinction apparaît sous la forme soit de la *complémentarité*, soit de la *contradiction*. Ainsi, le principe de relation hiérarchique désigne une unité d'ordre supérieur comprenant/englobant des éléments complémentaires ou contradictoires, qui peuvent être des valeurs, des idées, des statuts, des faits, etc. Il y a donc une relation englobant-englobé entre l'ensemble et le/les élément(s) distinct(s) constituant cet ensemble. La complémentarité ou contradiction des éléments ne peut être analysé en dehors de leur relation au tout, et l'ensemble ne peut pas plus être appréhendé sans prendre en compte sa relation aux éléments le constituant. Dumont précise que cette

relation hiérarchique inclut la dimension de la valeur. Ainsi, dans une relation hiérarchique, il y a « la possibilité du retournement : ce qui à un niveau supérieur était supérieur peut devenir inférieur à un niveau inférieur. » (*Ibid.* : 402). C'est en ce sens, qu'il précise au début de son ouvrage que hiérarchiser, c'est « adopter une valeur » (*Ibid.* : 34) : en prenant l'exemple de la main gauche et de la main droite, éléments complémentaires du tout qu'est le corps, il explique que « dans la complémentarité complexe qui les unit les deux moitiés peuvent apparaître alternativement chacune comme supérieure et inférieure. » (*Ibid.* : 402). Selon les situations, par exemple dans le maniement des choses, la main droite sera tantôt supérieure, tantôt inférieure à la main gauche. Selon la valeur attribuée à un élément, tantôt il pourra apparaître comme inférieur, tantôt comme supérieur, dans sa relation au tout.

Dans son mémoire récent sur la gestation pour autrui (GPA), Hélène Malmanche (2014) a mobilisé ce concept dumontien pour éclairer la relation entre *procréation* et *engendrement* (Théry, 2010 ; 2012), distinguant deux versants à la procréation maternelle : la procréation génétique d'une part, et l'enfantement (c'est-à-dire la grossesse et l'accouchement pris dans leur dimension relationnelle) d'autre part. L'objectif de sa démarche est d'analyser ainsi le statut de chacune des protagonistes de l'engendrement maternel avec GPA. Elle appréhende l'engendrement comme la valeur supérieure sur laquelle repose la maternité. La procréation est contenue dans l'engendrement, elle en fait partie tout en différant de celle-ci. Elle précise ce schéma en montrant que l'engendrement maternel s'articule avec une double dimension procréative féminine que sont la *procréation génétique* et l'*enfantement*. Cette approche lui permet de clarifier « les modalités de relation entre les femmes qui prennent part à une gestation pour autrui » (Malmanche, 2014 : 99) et de montrer comment la maternité peut être appréhendée comme un tout composé de différentes parties, qui ne sont pas plus opposées, que divisés ou fragmentées, mais déployées entre différentes figures en relations au tout de l'engendrement.

Pour notre propos, nous nous proposons d'appréhender la *capacité ovarienne* d'une part et la *capacité gestationnelle* d'autre part comme deux éléments composant le corps reproducteur. Nous pourrions ainsi tenter d'éclairer les expériences des femmes et leur écart avec le discours social, médical et légal dans le contexte d'enquête qui est le nôtre. Si les notions de *procréation génétique/enfantement*, permettent la reconnaissance d'une distinction entre différentes figures pouvant

prendre part à la maternité en endossant chacune un propre rôle, pour notre part la distinction entre *capacité ovarienne* et *capacité gestationnelle* ne consiste pas à étudier les différents statuts de la maternité, mais plutôt à questionner la valeur attribuée à chacune de ces deux dimensions de la procréation, du point de vue des femmes infertiles en raison de leur âge et du point de vue des règles de l'AMP.

Si l'on considère le corps reproducteur féminin comme un *tout*, que l'on situe hiérarchiquement supérieur ; au niveau inférieur, nous pouvons distinguer deux parties – la *capacité ovarienne* et la *capacité gestationnelle* – entre lesquelles il peut y avoir complémentarité ou contradiction. *Capacité ovarienne* et *gestationnelle* sont généralement complémentaires ; c'est le cas lorsque les femmes n'ont pas de problème d'infertilité, c'est-à-dire qu'elles peuvent produire des ovocytes et porter un enfant. Mais dans certaines situations d'infertilité, l'un de ces deux éléments peut faire défaut et les valeurs respectives de la *capacité ovarienne* ou de la *capacité gestationnelle* peuvent apparaître alternativement comme hiérarchiquement supérieure ou inférieure, en fonction de la nature de l'infertilité.

Autrement dit, dans le cas que nous étudions, jusqu'à la prise de conscience des femmes de l'altération de leur réserve ovarienne, *capacité ovarienne* et *gestationnelle* étaient perçues comme complémentaires entre elles, renforcées par le sentiment de disponibilité à la maternité et de jeunesse. Puis, lors de l'annonce de l'altération de la réserve ovarienne, la *capacité ovarienne* est devenue la valeur supérieure et englobante. Cet élément est devenu central et la découverte de son altération a remis en question tout le reste jusqu'à penser que le projet parental pourrait ne pas aboutir. La *capacité gestationnelle*, ainsi que plus largement le projet parental, le « sentiment de jeunesse » et de disponibilité permettant la maternité, sont passés à un niveau inférieur et englobé par la partie altérée qui, à elle seule, remettait en question la concrétisation du projet d'enfant. Puis, dans un second temps et passé le choc de l'annonce de l'insuffisance ovarienne, un retournement dans la hiérarchie entre ces éléments a permis une mobilisation forte de la part des femmes pour poursuivre le projet parental. La *capacité gestationnelle*, en adéquation avec le « sentiment de jeunesse » et de disponibilité psychosociale à la maternité, est repassée au premier plan. Cette relation remaniée au tout qu'est le corps reproducteur permet un nouvel engagement dans le projet procréatif par AMP, avec énergie, force et jeunesse.

Il est nécessaire ici de préciser qu'étudier la relation hiérarchique entre ces éléments du corps ne consiste pas pour nous à énoncer l'idée, que les attitudes et vécus des enquêtées s'expliqueraient finalement en référence à leur seule biologie, aux capacités de leur corps reproducteur. En témoignent les résultats présentés dans les chapitres 9 et 10, montrant l'importance des conditions psychosociales de la disponibilité à la maternité. Par ailleurs, nous ne négligeons pas le fait que ces éléments sont eux-mêmes englobés de manière plus large dans un processus d'*engendrement* et que l'engagement corporel ne suffit jamais à lui seul à attribuer la maternité (Théry, 2011 ; Malmanche, 2014). Le focus que nous faisons de manière détaillée sur ces éléments nous permet de exposer ici trois constats :

Premièrement, nous constatons que la tension dans laquelle les enquêtées sont prises n'est pas seulement une tension entre leur corps et leur volonté, autrement dit, entre capacité physiologique à procréer et sentiment d'être enfin disponible pour la maternité. La tension passe aussi à l'intérieur de leur corps, entre *différents éléments* de leur corps. Alors que leur réserve ovarienne est altérée, leur capacité gestationnelle demeure. Elles ne sont pas dans une stricte incapacité physiologique à procréer. C'est donc en prenant en compte tout à la fois le corps reproducteur dans son ensemble et dans la relation avec ses parties, qui, aidé par la médecine, sera ensuite en capacité de porter et d'élever un enfant, ainsi que les conditions sociales pour accueillir et élever ce dernier, que l'on peut mieux comprendre l'engagement de ces femmes dans le projet parental. Leurs attitudes et expériences amènent à appréhender la temporalité procréative féminine par-delà les oppositions entre corps et esprit, biologique et social, et montrent leur entrecroisement à de multiples niveaux.

Deuxièmement, la prise en compte de la dimension partielle de l'infertilité liée à l'âge permet de dévoiler la temporalité de la fertilité et de l'infertilité. Elles ne sont pas figées et absolues. Elles se déploient progressivement et partiellement au cours du temps, dans l'écart existant entre altération de la *capacité ovarienne* et continuité de la *capacité gestationnelle*.

Troisièmement, nous constatons un écart important entre ces premiers constats et le discours social, médical et légal. Ce dernier se concentre sur la seule capacité ovarienne des femmes. Il l'appréhende comme la valeur supérieure englobant les autres capacités du corps reproducteur. Nous observons cela à travers l'idée véhiculée qui prône l'importance de se conformer à la dite « horloge biologique » en faisant des

enfants entre 25 et 35 ans, après quoi il est trop tard en raison d'une capacité ovarienne altérée. C'est aussi ce que manifestent les professionnels de l'AMP lorsqu'ils disent « *il y a un temps pour tout* », précisant l'importance de se conformer au temps physiologique représenté par la capacité ovarienne. Alors que les femmes prennent en compte la capacité du corps de manière plus large, comprenant la capacité gestationnelle, la jeunesse pour élever l'enfant et la disponibilité psychosociale à la maternité, le cadre légal et le discours social qui l'accompagne ne délimitent quant à eux la temporalité procréative féminine qu'en référence à la *capacité ovarienne*. Dès lors qu'elle est définitivement altérée en raison de l'âge, les femmes ne sont plus prises en charge en AMP, et si elles en revendiquent le droit, elles sont accusées de vouloir défier les *lois de la nature*. Ce discours présenté en première partie – selon lequel soit on est dans le respect de la biologique et de la nature, soit on est dans le tout culturel et technique si l'on outrepassé ce que l'on pense comme les limites physiologiques de la fertilité – ne prend donc pas en compte la dimension temporelle et partielle de l'infertilité féminine liée à l'âge, pas plus que sa dimension sociale et relationnelle.

La distinction existant entre *capacité ovarienne* et *capacité gestationnelle* est rendue particulièrement visible par l'AMP. Ses techniques ont en effet permis une dissociation inédite entre ces deux éléments dans le processus de procréation. Plusieurs travaux anthropologiques, portant sur l'étude de la gestation pour autrui ont souligné la distinction opérée par cette technique entre maternité génétique, maternité gestationnelle, et parfois, maternité sociale (Martin, 1987 ; Ragoné, 1996 ; Delaisi de Parseval et Collard, 2007 ; Mehl, 2011 ; Weber, 2013 ; Cadoret, 2014 ; Malmanche, 2014). La GPA met particulièrement en lumière ces distinctions, puisqu'incarnées par différents protagonistes (la mère d'intention, dissociée ou non de la donneuse d'ovocytes, et la gestatrice).

Dans un article publié dans *Le Monde* portant sur la GPA en 2015, puis par la suite dans un de ses ouvrages, Irène Théry éclaire la position de la France quant à cette distinction (Théry, 2015 ; Théry, 2016). Elle explique que depuis la mise en place de la FIV, la maternité biologique peut se diviser en deux : la maternité génétique d'une part et la maternité gestationnelle d'autre part. Toutefois, seule la maternité gestationnelle serait la « vraie » maternité dans la vision traditionaliste

française. Pour cette dernière, « la mère est celle qui accouche » et la distinction de la double maternité reste niée. Par-delà nommer les pratiques et les faits tels qu'ils existent, cette distinction permet à Irène Théry de montrer les asymétries de genre et les contradictions du cadre légal : alors que le lien génétique est ce qui permet de reconnaître le père lors d'un recours à la GPA, cela n'est pas le cas pour la femme.

Selon ce principe, la GPA est interdite en France et le recours au don d'ovocytes est possible. Une femme peut accoucher d'un enfant issu d'un don d'ovocytes dont elle sera la mère. Cette situation est reconnue comme telle et légalisée selon l'idée que l'accouchement fait d'une femme la mère de l'enfant. Ainsi, d'un point de vue légal, si la maternité biologique en France peut être divisée en deux – entre maternité génétique et maternité gestationnelle – lorsqu'il y a un don d'ovocytes, la reconnaissance de la maternité et l'établissement de la filiation ne reposent *que* sur la maternité gestationnelle, la *capacité ovaire* à elle seule ne permettant pas l'établissement de la filiation en France. Ainsi, la dissociation entre *capacité ovarienne* et *capacité gestationnelle* existe dans la pratique médicale et en droit mais seule la *capacité gestationnelle* est reconnue comme légitime pour définir la maternité. Le texte du CNGOF qui fait état des risques materno-fœtaux liés à l'âge lors de la grossesse et de l'accouchement montre également que c'est la *capacité gestationnelle* qui importe dans la caractérisation d'une maternité comme « tardive » ou non. C'est en effet sur la base des risques liés à la grossesse et à l'accouchement que le cadre médical considère une maternité comme tardive, dans le sens de 'trop' tardive par rapport à une période précédente où les risques sont moindres. Or, dans les situations de prise en charge de l'infertilité féminine liée à l'âge en AMP telles qu'observées sur notre terrain, les bornes de la temporalité procréative ne dépendent pas de la *capacité gestationnelle* mais de la *capacité ovarienne* exclusivement. Lorsque les femmes ne produisent plus d'ovocytes en qualité ou nombre suffisants du fait de leur âge, la FIV intraconjugale ne palliant pas cette altération et le recours au don d'ovocytes leur étant interdit, la prise en charge est arrêtée. La limite administrative du 43^{ème} anniversaire fixée par la sécurité sociale dépend elle aussi de la *capacité ovarienne*, s'appuyant sur la diminution des taux de réussite de l'AMP intraconjugale à cet âge-là en raison de l'altération physiologique de la réserve ovarienne (taux de réussite inférieur à 1%).

Ce constat nous amène à questionner la non-reconnaissance de la double capacité et de sa double temporalité dans le traitement de l'infertilité féminine liée à l'âge, témoignant d'une incohérence dans l'encadrement des pratiques d'AMP françaises. En effet, nous pouvons nous interroger quant à la primauté accordée au critère de la *capacité ovarienne* pour mettre fin à la prise en charge en AMP et non à la *capacité gestationnelle*, en permettant aux femmes de plus de 40 ans de recourir au don d'ovocytes jusqu'à 43 ans, alors que l'on autorise le recours au don d'ovocytes pour les femmes de moins de 40 ans et reconnaissons leur maternité sur la base de leur *capacité gestationnelle*, et que le caractère « tardif » de la maternité repose aussi sur la *capacité gestationnelle*. Autrement dit, il semble paradoxal de ne pas considérer les risques liés à la grossesse et à l'accouchement, soit la *capacité gestationnelle*, pour envisager la limite de prise en charge en AMP dans le traitement de l'infertilité féminine liée à l'âge, alors que dans toutes les autres situations de l'AMP c'est ce référent qui définit la maternité.

Nous observons ainsi également du point de vue médical une hiérarchisation entre les éléments du corps reproducteur ainsi que des retournements dans cet ordre hiérarchique. Selon les situations, la *capacité ovarienne* ou la *capacité gestationnelle* apparaissent comme valeurs supérieures ou inférieures dans leur relation au tout qu'est le corps reproducteur, sans pour autant que cette distinction soit effectivement reconnue par le cadre légal de l'AMP.

Une autre question se pose à l'issue des résultats présentés. Nous avons vu que les limites posées aux hommes sont référées à leur *capacité éducative*. Les femmes interrogées ont montré que cet élément est au cœur de la temporalité de leur projet parental. Elles se sentent jeunes non seulement pour porter et accoucher l'enfant à venir mais également pour l'élever et cela participe à leur volonté de se lancer dans le parcours d'AMP. Là encore, nous pourrions imaginer que les limites en AMP tiennent compte pour les femmes non seulement de leur *capacité gestationnelle* mais aussi plus largement de leur jeunesse corporelle et sociale garantissant leur *capacité éducative*.

La distinction que nous avons présentée entre *capacité ovarienne* et *capacité gestationnelle* dans le processus procréatif, bien qu'explorée par les travaux portant sur le don d'ovocytes ou la GPA, n'est pas prise en compte dans les travaux portant sur l'AMP intraconjugale. L'étude du traitement de l'infertilité féminine liée à l'âge dévoile pourtant l'importance de cette distinction. Elle nous permet en effet d'appréhender les parcours des femmes concernées de manière plus complexe qu'ils ne le sont par le discours social. En effet, essayer d'avoir un enfant à plus de 40 ans grâce à l'AMP reviendrait à vouloir s'émanciper pleinement de la nature, au profit de la « convenance personnelle » et du « droit à l'enfant ». Nous montrons pourtant dans ce chapitre que les femmes concernées ne font pas face à une stricte infertilité mais sont partiellement infertiles. Pour cette raison, elles se lancent avec détermination dans le parcours d'AMP. Loin de réclamer un « droit à l'enfant », elles considèrent être dans une démarche médicale qui répond à un problème circonscrit puisque le reste de leur corps est en capacité d'engendrer un enfant.

Cette distinction nous permet également d'exposer un nouvel aspect de la dimension temporelle de l'infertilité féminine liée à l'âge, se trouvant dans l'écart existant entre les deux capacités. Alors que la réserve ovarienne est altérée, la jeunesse gestationnelle perdure. En révélant la dimension partielle de l'infertilité des femmes interrogées, nous montrons que l'infertilité féminine liée à l'âge ne saurait être appréhendée en termes binaires strictement fertiles/strictement infertiles, comme le suppose pourtant le modèle bioéthique français qui, à l'heure actuelle, ne prend pas en compte ces deux dimensions de la procréation.

Conclusion de la troisième partie

Nous avons précédemment montré que les représentations du discours social reposent principalement sur les oppositions entre biologique/social, nature/culture, pathologique/normal et thérapeutique/convenance. L'enquête auprès des professionnels de l'AMP a révélé que ces dichotomies ne sont pas opérantes dans la pratique. Ils agissent eux-mêmes sur des infertilités qui ne sont ni tout à fait que *biologique* et *pathologique*, ni tout à fait que *sociale* et *normale*.

L'analyse des trajectoires biographiques des femmes permet de questionner depuis un nouvel angle de vue, la complexité de l'infertilité liée à l'âge, et d'en questionner les représentations, par-delà les oppositions *a priori* simplistes que nous avons présenté.

En exposant tout d'abord les formes de *disponibilité à la maternité*, nous montrons que l'on ne peut réduire la *temporalité procréative* au seul acte de procréation, sans prendre en compte aussi la dimension relationnelle et temporelle de l'engendrement. Les enquêtées définissent cette temporalité en fonction de leurs capacités physiologiques, tout autant qu'en se projetant sur les conditions d'accueil et d'éducation de l'enfant à venir. De plus, la temporalité qu'elles donnent au projet parental est aussi liée à leur « sentiment de jeunesse », physique, psychique et social. Ce ressenti conduit à ce qu'elles imaginent rarement être déjà infertiles en raison de leur âge lorsqu'elles mettent en place le projet parental autour de 40 ans. Elles se sentent en capacité de porter, d'élever, mais aussi de procréer l'enfant à venir. Puis, lorsqu'elles découvrent que leur corps fait défaut, dans le même temps, elles éprouvent corporellement une distinction entre *capacité ovarienne* et *capacité gestationnelle*. Cette tension apparaît en décalage avec le ressenti qu'elles avaient jusqu'alors de leur corps et du « sentiment de jeunesse ». Néanmoins, elles savent qu'elles ne sont pas pleinement infertiles, elles le sont partiellement puisqu'en capacité de mener une grossesse et d'accoucher. Pour réparer leur difficulté à procréer et la réajuster à leur capacité à porter et élever un enfant, elles vont se dépêcher de recourir à l'AMP et vont souhaiter avancer au plus vite dans ce parcours. Elles mènent alors une « course contre la montre » liée à différentes contraintes. Elles doivent se

dépêcher avant que l'altération de leur réserve ovarienne ne s'accroisse et qu'elles ne puissent plus procréer, mais aussi compte tenu des limites administratives et légales d'accès à l'AMP qui reposent justement sur le terme de la réserve ovarienne. La limite des 43 ans et le refus de prise en charge en don d'ovocytes passé 40 ans montrent en effet que les seuils de la temporalité procréative féminine en AMP reposent sur la seule *capacité ovarienne* ; au-delà, l'infertilité n'est plus considérée comme « pathologique » et sa prise en charge est illégitime.

Pourtant, avant 43 ans ou avant que la réserve ovarienne ne soit complètement altérée, les femmes qui sont prises en charge à partir d'environ 35 ans le sont bien souvent en raison d'une infertilité qui n'est pas à proprement parler « pathologique », puisque liée à leur âge. En pratique, la limite ne repose donc pas sur une opposition stricte entre infertilité « normale » et infertilité « pathologique » comme nous avons déjà pu le présenter à partir du point de vue des professionnels. Nous voyons que dans les faits, la limite d'âge de prise en charge par la sécurité sociale repose sur la seule temporalité de leur *capacité ovarienne*. Pourtant, en d'autres circonstances les seuils d'accès à l'AMP ne reposent pas sur cette limite. Dans le cadre des dons d'ovocytes autorisés, c'est-à-dire en dessous du seuil des 40 ans, les femmes sont prises en charge sur la base d'une infertilité partielle. Parce qu'elles ne peuvent procréer mais sont encore en capacité de porter l'enfant, elles sont acceptées en AMP. À l'inverse, une femme en France qui ne peut porter un enfant mais produit des ovocytes n'a pas accès à la gestation pour autrui selon le principe que la mère est celle qui porte et accouche l'enfant. En d'autres termes, c'est sur la *capacité gestationnelle* que repose principalement la maternité en AMP. Par ailleurs, nous avons vu que ce qui définit médicalement une maternité comme étant « trop tardive » sont les risques liés à la grossesse et à l'accouchement, soit la *capacité gestationnelle* qui s'altère autour de 45-48 ans. Nous pouvons donc nous interroger quant à la limite posée aux femmes dont la réserve ovarienne s'altère avec l'âge avant 43 ans : pourquoi dans ces cas la *capacité gestationnelle* n'est pas prise en compte et l'arrêt de la prise en charge en AMP repose uniquement sur l'altération de la *capacité ovarienne* ?

Le modèle bioéthique français ne reconnaît pas cette double capacité du corps reproducteur et sa double temporalité. Il appréhende la limite de la fertilité féminine en considérant tantôt la *capacité ovarienne* comme l'élément principal sur lequel elle se fonde (dans le cadre de l'élaboration des seuils d'âge féminin pour accéder à

l'AMP) ; tantôt la *capacité gestationnelle* comme l'élément principal (pour définir la maternité dans le cadre du don d'ovocytes, interdire la GPA, définir les maternités « tardives »). Mais ces deux éléments de la fertilité féminine, parfois complémentaires, parfois distincts, ne sont pas reconnus. Pas plus que ne l'est la capacité éducative des femmes, lorsqu'elle compte pourtant pour élaborer les limites de prise en charge des hommes.

Cette enquête enrichit donc l'analyse de l'infertilité sur deux aspects principaux. D'une part, les femmes interrogées n'appréhendent jamais la reproduction et les seuils de la fertilité en opposant ou en isolant capacité physiologique et disponibilité psychosociale. Les formes de disponibilité à la maternité montrent l'importance des dimensions sociales, relationnelles et temporelles de l'*engendrement* que les femmes prennent tout autant en compte pour déterminer les seuils de la *temporalité procréative* que leur capacité corporelle. D'autre part, cette enquête enrichit l'analyse de l'infertilité en dévoilant ses dimensions plurielle et temporelle. Nous avons exposé précédemment le fait que l'étude de l'infertilité féminine liée à l'âge, se manifestant par une altération progressive de la réserve ovarienne, oblige à prendre en compte la dimension temporelle de la fertilité et de l'infertilité. Par-delà l'altération progressive de la capacité ovarienne, nous montrons à présent que la *zone grise* de l'infertilité concerne aussi l'écart entre la *capacité ovarienne* et la *capacité gestationnelle*. Nous constatons qu'il n'y a pas seulement une diminution progressive de la fertilité, mais aussi un écart et une tension de plus en plus croissante entre l'altération progressive de la capacité ovarienne et la jeunesse gestationnelle.

Nous allons à présent poursuivre notre étude en explorant les expériences que ces femmes ont eu du parcours d'AMP. Nous allons étudier la façon dont elles se sont saisies de cette technique pour résoudre leur infertilité liée à l'âge et mettrons en perspective leurs expériences avec le discours social présenté en première partie.

PARTIE 4 – ENQUETE 2 :

L'EXPERIENCE DES FEMMES

QUADRAGENAIRE EN AMP ; LES

PARCOURS MEDICAUX

Après avoir étudié les trajectoires biographiques des femmes rencontrées, cette partie se consacre à leurs expériences de l'infertilité dans le cadre du parcours d'AMP. Nous avons vu que d'emblée, elles démarrent ce parcours en étant inscrites dans une « course contre la montre ». En raison de leur âge, de l'altération de leur réserve ovarienne et des limites administratives et légales d'accès à l'AMP, le terme de leur parcours d'AMP intraconjugal en France est relativement proche. Ainsi, elles veulent avancer dans ce parcours le plus rapidement possible afin de maximiser leur chance de réussite.

Nous étudierons dans cette partie comment elles vivent ce parcours, compte tenu en particulier de la spécificité de l'urgence liée à leur âge. Nous montrerons dans un premier chapitre les difficultés et risques inhérents à leur investissement dans le parcours d'AMP. Nous discuterons ainsi les oppositions normal/pathologique et AMP légitime/AMP « de convenance » du modèle bioéthique, et le discours social qui en découle. Ce dernier présuppose en effet que les femmes infertiles en raison de leur âge, n'étant pas confrontées à une infertilité « pathologique », recouraient à l'AMP par « convenance personnelle » en mettant la toute-puissance de la technique au service de leur « droit à l'enfant » et en s'affranchissant des limites de la *nature*. Nous questionnerons une telle affirmation à partir de leurs expériences concrètes. Ces dernières permettent de montrer que loin d'une volonté de leur part d'user de la médecine par « confort », les femmes interrogées mènent de véritables « parcours de la combattante ». Elles sont soumises à de nombreuses difficultés et prennent des risques importants vis-à-vis d'elles-mêmes mais aussi de leur entourage. Ces difficultés sont exacerbées en raison de leur âge et la « course contre la montre » dans

laquelle elles sont engagées, elles doivent enchaîner les tentatives et ne peuvent s'accorder de pauses.

Le chapitre suivant s'intéresse à la temporalité longue des parcours d'AMP de ces femmes. Il montre qu'elles sont confrontées à de nombreux échecs des tentatives d'AMP en raison de leur âge, ce qui allonge toujours plus leurs parcours dans le temps, davantage que ce qu'elles imaginaient initialement. Elles repoussent ainsi peu à peu des limites qu'elles ne pensaient pas franchir (tel âge, tel nombre ou type de tentative). Ce constat amène à questionner l'argument de la *mise en péril* du discours social, selon lequel l'autorisation de l'accès à l'AMP hors d'un cadre « pathologique », reviendrait à accepter de s'affranchir des *lois de la nature*, dès lors il n'y aurait plus aucune limite, ce serait le règne de la toute-puissance de la technique. Ce chapitre questionne ce propos dans le cas précis de l'affranchissement des limites « naturelles » de la procréation féminine. Les expériences des femmes interrogées montrent qu'elles ne cessent jamais de se poser des limites, qu'elles agissent toujours dans le cadre normatif qui guidait la mise en place de leur projet parental. Néanmoins, leur cadre s'avère composé de multiples référents non pris en compte par le modèle bioéthique de l'AMP. Nous montrerons en effet l'existence d'un autre modèle normatif, qui permet d'expliquer que les femmes âgées de 40 à 45 ans puissent poursuivre leur engagement en AMP sans pour autant s'affranchir de toute limite.

Chapitre 12 : Loin de la « convenance » : un parcours de la combattante accentué par l'âge

Le parcours d'AMP comme « parcours de la combattante » a déjà fait l'objet de recherches et a été richement documenté en sciences sociales (Franklin, 1997 ; Becker, 2000 ; Thompson, 2005 ; Tain, 2009 ; Hertzog, 2016) et ce, dès les débuts de la mise en place de ces techniques médicales (Ouellette, 1988). Il est qualifié comme tel en raison des nombreux obstacles et difficultés qui jalonnent sa progression.

Le parcours d'AMP comporte en effet de nombreuses et diverses étapes nécessitant d'être suivies et maîtrisées par les couples y recourant, et plus encore par les femmes qui sont au cœur des procédures médicales à réaliser. Nous avons vu que les couples quadragénaires sont généralement pris en charge directement en fécondation *in vitro* intraconjugale, sans passer par l'étape de l'insémination. Les femmes doivent alors suivre un traitement hormonal au cours duquel elles ont des piqûres quotidiennes ainsi que des prises de sang et échographies régulières. À l'issue de ce traitement, lorsque leurs ovocytes sont mûres, ils sont ponctionnés sous anesthésie locale ou générale. En parallèle, les hommes réalisent un recueil de leurs spermatozoïdes afin que les ovocytes prélevés soient fécondés en laboratoire. Les femmes subissent ensuite un dernier acte médical consistant au transfert d'un ou deux des embryons obtenus.

Chacune de ces étapes peut être difficilement vécue, au cas par cas selon les femmes, en fonction des douleurs ressenties et de la façon dont elles sont pratiquées par les médecins. Mais au-delà des conséquences physiques, ces étapes peuvent également être difficilement éprouvées en raison de la façon dont elles s'immiscent dans le quotidien personnel, professionnel, amical, familial et conjugal.

Les travaux portant sur ces difficultés, du point de vue des personnes concernées, montrent des asymétries fortes entre hommes et femmes (Tain, 2009 ; Rozée et

Mazuy, 2012). Le parcours d'AMP reproduit et déplace l'injonction sociale de la maternité en un devoir d'investissement des femmes dans ce processus médicalisé (Tain, 2009). La force combattive de la femme qui accouche (Loraux, 1990) est sollicitée en amont de l'acte de mise au monde, tout au long du parcours d'AMP, une sollicitation sans équivalent pour les hommes.

Nous avons souhaité à notre tour étudier ces difficultés afin de saisir leurs éventuelles spécificités dans le cadre de l'expérience d'une infertilité féminine liée à l'âge. Nous espérons ainsi pouvoir questionner, à partir des expériences des femmes, la thèse du discours social supposant qu'elles ont recours à l'AMP dans une démarche de « *convenance* ». Nous allons ainsi présenter à notre tour ces difficultés, en les développant notamment sous l'angle de l'exposition aux risques. Nous montrerons tout d'abord les dimensions techniques, complexes et incertaines du parcours d'AMP. Puis, nous présenterons les différents risques auxquels les enquêtées font face, liés au fait que les difficultés du parcours d'AMP mettent à mal non seulement leur vie personnelle, mais aussi relationnelle (professionnelle, conjugale, amicale, familiale). Cette analyse nous permettra en outre de voir qu'il existe une spécificité du vécu des difficultés de l'AMP dans le cadre de l'infertilité féminine liée à l'âge. Compte tenu de l'âge des enquêtées, la gestion du parcours implique un investissement encore plus important que pour les plus jeunes, conduisant à amplifier ses effets néfastes.

1. UN PARCOURS TECHNIQUE, COMPLEXE ET INCERTAIN

Les femmes inscrites en parcours de FIV doivent connaître et anticiper les dates des différentes étapes du cycle menstruel, la date de démarrage du traitement hormonal en fonction du cycle, ainsi que la date de déclenchement de l'ovulation. Elles doivent prévoir la piqûre quotidienne du traitement hormonal, les prises de sang et échographies tous les trois jours. Elles doivent anticiper la date de la ponction et celle du transfert. Elles doivent connaître le nombre de follicules prélevés, d'ovocytes fécondés, d'embryons créés ; le nombre implantés et ceux éventuellement congelés pour une autre tentative sans ponction en cas d'échec. En raison de ce nombre d'étapes à suivre, la plupart des femmes rencontrées notent dans un cahier, sur leur

ordinateur, ou encore dans leur agenda, chacun de ces moments du parcours, accompagnées des dates et noms des examens, actes médicaux ou encore des médicaments pris. Lors des entretiens, elles avaient généralement avec elles ce document qui leur permettait de raconter avec exactitude l'histoire de leur parcours d'AMP, sans quoi les différentes étapes et dates se mélangeaient dans leurs souvenirs. Ces notes leur permettent non seulement d'avoir un meilleur suivi du parcours, mais plus encore d'en avoir une meilleure maîtrise au fil de sa réalisation.

Un bon suivi des différentes étapes est en effet un enjeu de réussite du parcours, car chaque erreur peut conduire à l'interruption d'une tentative. Les femmes deviennent ainsi peu à peu des expertes de l'AMP. Mais cette expertise bien que nécessaire peut aussi devenir une difficulté. Les femmes jonglent entre d'une part, cette nécessité de prendre en main leur parcours pour qu'il se déroule au mieux et le plus rapidement possible en raison du contexte de course contre le temps dans lequel elles se trouvent, et d'autre part, la nécessité de ne pas trop interagir avec les directives médicales au risque que cela ne nuise à la relation avec l'équipe médicale et ainsi, ne nuise au bon déroulé du parcours d'AMP.

a. Technicité et complexité de la FIV

Chaque tentative d'insémination ou de FIV débute par une stimulation hormonale dont le traitement consiste en des piqûres quotidiennes durant un temps variable selon les réactions du corps au traitement. Plusieurs difficultés apparaissent lors de cette étape du parcours.

Ça a toujours été les mêmes, toujours du Gonal F et puis, il y avait les trois produits, le Gonal F pour stimuler, l'Ovitrel je ne sais plus si c'était celui qui déclenchait ou celui qui stoppait et un troisième... Il y en avait qui stimulait, un qui bloquait si le taux d'hormone montait trop vite et un pour déclencher. Et ce qu'on a juste ajusté c'était les dosages quand on voyait d'une insémination sur l'autre que, en fait dès le début elle a vu que je réagissais très très bien donc le taux montait très très vite et souvent les inséminations ont plus été faites au 12ème qu'au 14ème jour, voir même parfois au 11ème jour tellement que le pic était haut. (Entretien P1A – Elle : 41 ans, Lui 43 ans – Durée

vie commune : 2 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an - En cours du parcours d'AMP, en attente de la 1^{ère} FIV après plusieurs inséminations avec la gynécologue habituelle)

Aurélie témoigne de la complexité à retenir tous les détails de cette étape et de l'incertitude de sa durée en fonction de la réponse du corps au traitement, nécessitant une adaptation continuelle à d'éventuels changements dans la longueur ou le dosage du traitement.

Après la stimulation hormonale, soit les spermatozoïdes sont directement placés dans l'utérus dans les cas d'insémination, soit les ovocytes sont ponctionnés en vue d'une FIV. Si dans de rares cas observés les ovocytes peuvent alors être vitrifiés (lorsqu'un grand nombre d'ovocytes sont ponctionnés, soit environ plus d'une dizaine), ils sont généralement directement fécondés *in vitro* pour devenir des embryons. Après quelques jours (de 2 à 6 jours) durant lesquels ils se développent *in vitro*, un ou deux d'entre eux sont transférés frais dans l'utérus de la femme et s'il en reste ils seront préservés par vitrification pour être utilisé ultérieurement en cas d'échec de la tentative. Le suivi de chacune de ces étapes et de ses résultats, à savoir combien de follicules observés lors de l'échographie, combien d'ovocytes ponctionnés, combien d'embryons obtenus, combien de transférés et de congelés, semble là encore complexe à suivre, d'autant plus lorsque les tentatives de FIV et ses différentes étapes se multiplient.

Alors c'est là que j'ai un doute, on m'a rappelé là lundi pour me dire qu'il y en a 3 qui étaient congelés, mais je n'ai pas compris, je ne sais plus, je n'ai pas du tout écouté, je n'ai pas compris si c'était 3 en plus des 5 dont on m'avait parlé à l'issue de la ponction. Je crois qu'on m'a dit à l'issue de la ponction qu'il y en avait quelques-uns qui étaient fécondés mais qu'il valait mieux deux trois jours pour voir s'ils se développaient un petit peu plus. Et je ne me souviens plus s'il en reste 3 des 5 au départ ou si c'est 3 en plus des 5 dont on parlait l'autre jour. J'ai compris qu'on m'en avait prélevé 16 pendant la ponction, qu'il y avait une histoire de 10 ou 9 mais il y en a un dans le lot, enfin c'est passé de 10 à 9 mais je ne sais plus pourquoi, et il y en avait 9 qui étaient bien, 2 qui m'ont été mis mais après, sur les détails des chiffres, je n'étais peut-être pas très attentive. (Entretien P1A – Elle : 41 ans, Lui 43 ans – Durée vie commune : 2 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an

- En cours du parcours d'AMP, en attente de la 1^{ère} FIV après plusieurs inséminations avec la gynécologue habituelle)

Nous percevons dans le discours d'Aurélien un manque de clarté quant à la désignation des follicules, des ovocytes et des embryons. Par ailleurs, elle perd le fil du suivi de leur dénombrement, changeant après chacune des étapes d'intervention des médecins (prélèvement des ovocytes, fécondation *in vitro*, culture des embryons, implantation). Le témoignage d'Emilie montre également la difficulté à suivre les résultats de chacune des étapes du parcours de FIV, auxquels s'ajoute en plus pour elle la vitrification d'une partie des ovocytes prélevés.

Enquêtrice : Est-ce qu'ils vous ont proposé de congeler aussi des ovocytes ?

Émilie : Oui, ça m'est arrivé, la dernière fois parce que j'en ai eu énormément. J'ai eu... Je ne sais pas si j'ai le papier là, j'ai pas dû le noter ça... mais j'ai eu... voilà c'est ça, j'ai eu 10 ovocytes recueillis, et donc ils m'en ont vitrifié 5 directement en ovocytes et 5 qu'ils ont réimplanté, enfin...

Enquêtrice : Ils ont fait des embryons et parmi les... les 5 ont pris ? Les 5 ovocytes fécondés ?

4, il y en a eu 4.

Enquêtrice : Donc 2 j'imagine peut être de transférés frais et 3 de congelés.

C'est ça. Non, 4, 2 et 2. C'est ça, 2 et 2. Et après sur les 5, je suis venue 3 fois depuis ? Septembre... Peut-être alors.

Enquêtrice : C'était la dernière fois ?

Ouais, c'était le 23 septembre.

Enquêtrice : Donc, ils sont toujours congelés ?

Il n'en reste plus qu'un. Je m'embrouille sur les dates. Septembre, je ne l'ai pas noté en plus après... Si, il y en a eu 10, les premiers ils me les ont mis en septembre, donc les 2 premiers, les 2 autres en octobre, après les 2 autres ovocytes, oui en novembre. Bon, je ne sais plus... ça vous intéresse ça ? De connaître vraiment ce qui s'est ... combien il y en a eu ?

Enquêtrice : Je pense comprendre. La 1^{ère} fois ça a été les 2 embryons congelés enfin, après la FIV, vous avez eu une autre tentative avec les 2 embryons congelés j'imagine, après une autre tentative avec 2 ovocytes vitrifiés qui ont été fécondés. D'ailleurs, je me demande à chaque fois, lorsqu'ils utilisent vos ovocytes vitrifiés, votre compagnon fait un recueil de sperme ou il a du sperme congelé aussi ?

Non, il fait un recueil.

Enquêtrice : Et en fait, comme ça, j'imagine du coup, à chaque fois ils prennent 2 ovocytes... ou peut être plus même si ça trouve...

Par contre, les vitrifiés, ils les ont tous... putain, j'ai tout oublié moi... ils les ont tous décongelés en même temps, les 5 qui restaient. Et après, ils les ont recongelés. D'ailleurs, on se disait, « oh la la, ça va faire recongelés... »

Enquêtrice : En embryon c'est ça ?

Voilà, c'est ça. Et là je crois qu'on en a perdu 1 ou 2 dans le lot, mais quand même un bon chiffre. Sur les 5 je crois qu'il y en a eu 3 ou 4... bin non peut être 3 du coup puisque 2 et 1. Oui, je crois que ça doit être ça. Ou alors 2, 2 et 1. Bon j'ai un petit doute. (Entretien P1B – Elle : 41 ans, Lui : 30 ans – Durée vie commune : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 2 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente d'une 4^{ème} et dernière FIV et en cas d'échec recours au don d'ovocyte en Espagne prévu)

Les manipulations que font les médecins des gamètes prélevés et des embryons semblent être relativement opaques pour les femmes concernées. Il n'est pas toujours clair de savoir par exemple à quel moment et en quel nombre les ovocytes vitrifiés sont décongelés ou bien même combien sont effectivement vitrifiés suite à la ponction, ou encore quelles pertes et pourquoi entre chaque étape.

En cours de parcours, de nombreuses incertitudes et questions demeurent. Elles sont décuplées par le fait que le déroulé même du parcours d'AMP est incertain et constamment changeant.

b. Un parcours au déroulé incertain

Le déroulé d'un parcours d'AMP évolue souvent au fil de son avancée. Les médecins doivent s'ajuster au fur et à mesure en fonction des résultats obtenus. De ce fait il est fréquent qu'ils changent les consignes initialement données aux couples. Ces derniers doivent donc prendre en compte ces nouvelles informations et directives et s'y ajuster au fur et à mesure.

Ces changements sont liés à l'incertitude à laquelle les médecins sont eux-mêmes confrontés. Ils ne maîtrisent pas et ne peuvent anticiper les résultats de chaque étape du parcours, qui changent d'un cas à un autre. Nous avons montré au sein de la deuxième partie de la thèse, l'impossibilité pour ces derniers d'évaluer précisément l'altération de la qualité de la réserve ovarienne. Les doutes quand aux décisions médicales qu'ils doivent prendre sont donc particulièrement importants dans le cadre du traitement de cette infertilité. Les femmes interrogées découvrent au fur et à mesure du parcours cette incertitude, ce flou, qui accompagne les procédures médicales, tout comme ses résultats.

Voici un exemple de tentative de FIV pour laquelle les consignes ont été changeantes et le déroulé relativement incertain :

Charlotte : La quatrième par contre, il y a eu le stress surtout voyant qu'il y avait... elle m'avait dit : « la stimulation ne devra pas durer plus de 12 jours », ce n'était pas Madame X c'était quelqu'un d'autre. Et puis, arrivé au 12e jour ce n'était toujours pas bon : « on continue ». On me dit : « On continue », mais enfin on avait dit qu'il fallait arrêter quand même assez tôt. Donc, voilà, je me demandais si c'était la bonne solution et puis après, on m'avait dit que ça n'allait pas du tout et du coup on devait passer, étant donné qu'il y a eu... On m'a dit : « écoutez, on va passer à une insémination artificielle parce que vous en avez trop » [d'ovocytes matures]. Et, je ne sais plus comment ça s'est passé. Enfin, il y a eu un petit cafouillage, ce n'est pas un cafouillage, il y a quelque chose qui a fait qu'on a dit : « alors là c'est trop tard maintenant ». Donc, non, voilà. Sur le coup on avait dit : « pour... la ponction ça n'ira pas donc à la limite on fait une insémination artificielle ». Et quand je suis revenue 2 jours après, j'en avais énormément donc on a dit : « non, on ne peut pas faire l'insémination artificielle, parce qu'il y en a trop et il y a un risque de grossesse multiple ». Du coup, enfin ils sont revenus 2 ou 3 fois sur... et puis après quand ils m'ont ponctionnée, il y a eu ces 13 et ils m'ont dit le premier jour qu'il y en avait que 3 de fécondés et quand ils m'ont rappelée, ils m'ont dit : « vous savez... » bon, je commence à avoir l'habitude, « ils ne sont pas trop de belle qualité mais autant on vous les réimplante ». Il n'y avait pas Madame X, je me dis : « mais attends, ils ne sont pas de belle qualité, c'est ma dernière chance, vous allez quand même me les réimplanter ? » « Eh ben on ne sait pas, on ne sait pas » et

jusqu'au dernier moment ça a été ça. Je comprends que, eux, jusqu'au dernier moment ne puissent pas... voilà mais au niveau de la clarté, je préférerais qu'on me dise : « ben, écoutez ce n'est pas bon » et puis d'attendre, « écoutez ce ne sera pas possible mais on attend quand même les 3 jours... », parce qu'ils attendent quand même 3 ou 4 jours avant de voir. Voilà. Donc, sur la dernière ça a été un peu plus chaotique... (Entretien P10B – Elle : 43 ans, Lui, 44 ans – Durée vie commune : 7 ans – Projet d'enfant au bout de : 4 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente de la 4^{ème} et dernière FIV/ICSI et en cas d'échec recours au don d'ovocyte à l'étranger prévu)

Charlotte explique que les directives des médecins ont été de nombreuses fois changeantes, et ce dans le cadre d'une seule tentative. Elle faisait face et des revirements de consignes fréquents de la part des professionnels, témoignant de leurs incertitudes et tâtonnements.

Cécilia : On essaie des trucs en fait, moi je le sens comme ça. On essaie des trucs. Oui, ce n'est pas une science exacte, oui j'ai été surprise... parce que quand on n'a pas un proche qui y est passé ou qu'on n'est pas soi-même impliqué, on n'a pas du tout cette image de tâtonnement. Parce que je sais que pour certains couples, tout va bien et pourtant, ils n'arrivent pas à concevoir un enfant, et on ne sait pas pourquoi. On ne s'en rend pas compte tant qu'on n'est pas impliqué, on s'imagine que la médecine fait des miracles. Oui, elle fait des miracles, mais ça ne marche pas à tous les coups, loin de là. C'est plus compliqué que ce qu'on imagine. Je l'ai ressenti comme ça. Je ne me rendais pas compte qu'il y avait autant d'inconnues. (Entretien P11B – Elle : 43 ans, Lui : 50 ans – Durée vie commune : 15 ans – Projet d'enfant au bout de : 13 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente 2^{ème} et dernière FIV compte tenu de son âge)

Laura : Mais oui, mais je me rends compte en effet que voilà, j'ai l'impression qu'ils ne savent pas, voilà, oui, on essaye. Bon voilà c'est pas, oui, c'est pas sûr, voilà. C'est pour ça en fait. Rien n'est sûr en fait, on peut très bien... comment vous dire, ça peut très bien marcher même en ayant un problème sur une trompe. Bon, du coup ça ne marche pas, on élimine ce facteur-là, mais c'est pas sûr que ça ne marche pas non plus quoi. Voilà, ce n'est pas clair, ce n'est pas clair. (Entretien P8B –

Elle : 40 ans, Lui : 36 ans – Vie commune depuis : 12 ans –
Projet d'enfant au bout de : 4 ans 1^{er} enfant et 2 ans plus tard
pour la tentative du 2nd – En cours de parcours d'AMP, en
attente transfert d'embryons congelés suite à la 2^{ème} FIV)

Ces incertitudes de la médecine reproductive ne sont pas connues et anticipées par les patient.e.s. Découvertes seulement en y étant confrontées, elles ont pu surprendre les femmes qui pensaient que les médecins avaient une meilleure maîtrise du parcours d'AMP. Bien souvent ils ne connaissent pas les raisons des réussites ou des échecs des tentatives. Les recherches médicales continuent d'explorer de nombreuses pistes dans l'objectif d'améliorer les taux de réussite qui ne progressent guère (Rossin-Amar, 2006 ; Devaux et Levy, 2006 ; Stoop *et al.*, 2012). Néanmoins, malgré les doutes qui demeurent, les médecins essaient de s'adapter au cas par cas tout en respectant le protocole défini dans chaque centre. Les revirements de directives sont parfois difficilement vécus par les femmes qui pensent parfois perdre des chances de réussite en ne suivant pas les étapes initialement prévues. Elles doivent néanmoins s'ajuster au fil du parcours aux recommandations des médecins et à leurs évolutions.

Le récit de Caroline témoigne de ces changements de directives et de la tournure imprévue du parcours de FIV. Dans son cas, l'incertitude des médecins est liée au choix de mettre en place une procédure de cumul ovocytaire. Cette technique est utilisée lorsque trop peu d'ovocytes sont ponctionnés (généralement moins de 3) afin d'augmenter les chances d'obtenir un embryon en capacité de se développer et de s'implanter correctement. Dans ces cas, il est proposé aux femmes de réaliser plusieurs traitements hormonaux et ponctions ovocytaires avant de procéder à la fécondation *in vitro*. Après chaque ponction, les ovocytes prélevés sont vitrifiés. Ce n'est que lorsque leur nombre devient suffisamment conséquent qu'ils sont alors décongelés et mis en fécondation.

Caroline : Donc, suite à ça, comme ils n'étaient pas contents du « rendement », entre guillemets, des ovocytes aux embryons, le 2e protocole c'était FIV ICSI. Bon, FIV ICSI ça a donné 6 follicules, 5 ovocytes et toujours... là c'était 3 embryons, mais pareil, 2 pas très en forme quoi. Un très bon et 2 pas très en forme on va dire. Donc, ça n'a pas augmenté plus que ça, mais comme j'avais un follicule de moins, un ovocyte

de moins, enfin bon... voilà. Un peu tout combiné, ça n'a pas été miraculeux non plus on va dire.

Enquêtrice : Donc là, ils ont fait le transfert pareil de 2 embryons, c'est ça ?

Voilà, oui. Et donc, ça n'a pas pris non plus.

Enquêtrice : Et donc, c'était il y a combien de temps, cette 2e tentative ?

La première c'était en avril-mai, la 2e c'est en juillet.

Enquêtrice : Et donc pour continuer le parcours jusqu'à maintenant, qu'est-ce que... ?

Donc, là on a fait la 3e, où là je devais être en procédure de cumul ovocytaire, j'étais en cumul ovocytaire, d'ailleurs,

Enquêtrice : C'est à dire, en fait au moment de la ponction ils congèlent les ovocytes ?

Voilà, ils vitrifient... Parce que la vitrification et la congélation c'est différent.

Enquêtrice : Et vous avez fait combien de ponctions ?

Là, j'ai fait ma ponction et le jour même ou 48 heures avant la ponction, on m'a laissé entendre qu'ils ne vitrifieraient pas et qu'ils me transfèreraient.

Enquêtrice : Pour quelle raison ?

Parce que le cumul ovocytaire doit répondre à certains critères et moi j'avais « trop » entre guillemets, parce que trop... trop de follicules. C'est pour celles qui sont entre 2 et 3 follicules, le cumul ovocytaire. Donc, je ne suis pas rentrée dans le cadre du protocole et du coup ils ont voulu me transférer parce qu'en fait avec la vitrification, il y a une déperdition d'à peu près 15 à 20%, donc... Enfin, je ne sais pas, tout ça on ne me l'a pas expliqué parce que je crois que c'est par nous-même qu'on se renseigne parce qu'évidemment c'est le sacro-saint ça, on n'a pas accès sauf si on se renseigne. Effectivement, il y avait une déperdition donc je pense que c'est un peu pour ça, à peu près, on aurait eu le même résultat à terme, sauf que 3 ponctions ça fait quand même un peu plus d'ovocytes, donc d'embryons, quand même malgré tout. Parce que si à chaque fois, j'en ai qu'un, il suffit qu'il ne soit pas folichon pour que ça ne marche pas.

Enquêtrice : Dans ce cas-là, ça a été ça aussi, il y a eu un embryon à peu près... ?

Ecoutez, là, il y a eu un embryon dont un... non, un 2e mais qui est mort entre-temps. Il a été fécondé puis il a disparu dans la nature... et un autre qu'ils disent assez bien placé pour voilà... donc, ça en terme de nombres de cellules par rapport au transfert à J3, il doit y avoir tant de cellules etc., etc., donc

là... donc j'ai été transférée et je verrai à terme si ça a pris. Enfin, moi je ne me fais pas d'illusion puisque ça n'a pas pris précédemment.

Enquêtrice : Là, vous en êtes là, c'est ça ? Vous avez eu le transfert ?

Oui, j'ai eu le transfert. Samedi. Ce qui n'était pas prévu. C'est-à-dire moi, quand j'ai accepté de répondre à vos questions, moi j'étais partie pour un long parcours mais ce n'était pas prévu qu'aujourd'hui je vous réponde et que je sois à J6 quoi on va dire... Voilà. (Entretien P9B – Elle : 40 ans, Lui : 39 ans – Vie commune depuis : 3 ans – Projet d'enfant au bout de : 6 mois – En cours de parcours d'AMP, en attente des résultats de la 3^{ème} FIV)

Ces changements de directives de la part des médecins qui s'ajustent au fur et à mesure en fonction des résultats obtenus lors de chaque étape rend le déroulé du parcours particulièrement incertain. S'ajoute à cette incertitude, un manque d'explications et d'informations prodiguées par les médecins pour expliquer ces changements et leurs décisions, que Caroline déplore dans cet extrait. Cette critique n'est pas anecdotique. Il s'agit d'une des difficultés souvent présentée par les femmes interrogées : un accès limité aux informations pourtant nécessaires à la compréhension et au suivi du parcours de FIV.

c. Des informations insuffisantes

En plus de devoir faire face à la technicité du parcours et à son incertitude, les femmes rencontrées ont souvent témoigné du fait que les explications qui leur étaient fournies étaient insuffisantes et les laissaient dans des zones d'ombre.

Prenons l'exemple présenté par Géraldine :

Oui, elle m'a expliqué. Elle m'avait dit : « là, c'est bon, ok, c'est bon. Elle m'avait sorti une feuille et c'était marqué, à partir du 10, donc c'était assez clair. Moi, je me dis : « j'ai compris ». J'arrive une semaine avant, je me dis : « bon j'ai rendez-vous pour l'échographie, ce sera S5 », je regarde mon truc, j'avais un truc photocopié qui était marqué. Donc, de S1 à S4, stimulation

et S5 échographie et prise de sang. Je me dis : « là j'ai une échographie/prise de sang et je n'aurais pas fait de stimulation. Est-ce qu'elle ne s'est pas plantée ? » Et en fait, non, c'est normal la première fois, j'avais juste fait une injection mais genre 15 jours avant, et c'était normal de faire comme ça, c'était bien comme elle avait marqué à partir du 10. Et comme je la connais, un peu tête en l'air, je me suis dit aussi bien elle s'est plantée, et je vais arriver là : « quoi, vous n'avez pas fait de stimulation mais vous auriez dû vous poser des questions » je me suis dit, donc j'ai appelé son secrétariat, j'ai appelé partout. Et finalement ils m'ont rappelée dans l'après-midi, elle a été super sympa la secrétaire, elle ne pouvait pas me la passer, c'est toujours pareil, elle est en consultation, quelqu'un qui passe, quelqu'un qui sonne, enfin bon. Et donc là : « non, c'est bon, c'est bien ça », ce qu'elle avait marqué, ce que j'avais compris moi une semaine avant, je me suis inquiétée en me disant : « elle s'est peut-être plantée, ça peut arriver à tout le monde, on est humain quoi ». Mais, elle explique rapidement mais elle, elle a l'habitude quoi. Ok, mais moi j'avais compris que échographie, machin et j'étais prélevée la semaine d'après. Et c'est la sage-femme que j'ai eue : « ah, il faut avertir les secrétaires de votre première injection ». Ah bon, d'accord. Et c'est la sage-femme à qui j'ai osé demander au téléphone : « alors donc ça veut dire que je serai prélevée la semaine prochaine ? » « ah mais pas du tout madame, c'est 11 jours de stimulation hein. Vous êtes sur un protocole long » « ah d'accord, ça ne va pas être avant le 19/20 » « ah ben non » « ah ben merci d'accord », parce que j'avais essayé de reporter des cours que j'avais et en fait ça ne servait à rien que je les reporte, mais ça elle ne me l'a pas expliqué quoi, parce qu'elle avait son repas avec sa copine, voilà. J'aurais aimé qu'elle me dise : « on est sur un protocole long, ça va durer 11 jours, donc là on est bien clair, le 10 vous venez me voir », voilà on récapitule ça prend 2 minutes. Mais non. (Entretien P4B – Elle : 41 ans, Lui : 43 ans – Vie commune depuis : 2 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – Au début du parcours d'AMP, en cours de stimulation en attendant la 1^{ère} FIV)

Cet extrait d'entretien montre tout à la fois la complexité du parcours, l'ensemble des informations que les patientes doivent assimiler lors des rendez-vous médicaux, leur angoisse en cas de doute sur la procédure à suivre qui risquerait de compromettre la tentative, et le reproche aux médecins d'un manque de temps leur étant accordé pour

clarifier les explications et résumer les informations à retenir. Ces témoignages ont été fréquents dans le cadre de l'enquête.

Une autre femme rencontrée, Laura, ne comprenait pas non plus pourquoi les informations n'étaient pas récapitulées de façon claire et concise sur un document qui pourrait facilement être distribué à chacune des patientes. Elle estime que les informations qui lui ont été transmises n'ont pas été suffisamment claires, ce qui l'a conduit à faire des erreurs dans la procédure du parcours.

Pour que ce soit plus simple et parce que bon, je ne sais pas, je suis dentiste, je me disais : « je vais bien arriver à me faire des piqûres dans le ventre ce n'est pas... ». Ça ne me paraissait pas compliqué en fait. C'est vrai que ce n'est pas compliqué. Donc au début ça allait, sauf que je pense qu'en voyant beaucoup de monde, je ne comprends pas qu'il n'y ait pas un protocole qui soit... transmis et reproductible. Pourquoi on ne fait pas une fiche en disant : « voilà, tous les soirs à telle heure, vous allez vous faire une piqûre, etc. ». Peut-être que moi je n'ai pas entendu, peut être que je ne sais pas... comme elle voit beaucoup de monde la gynéco, je ne sais pas... je n'avais pas compris que les piqûres il fallait les faire le soir. Donc au début, je les faisais le matin. Donc c'est au labo, le gars qui faisait les prélèvements... parce que tous les jours il y a des prélèvements pour les taux d'hormones... qui s'est aperçu de ça et qui m'a dit : « non, non mais les piqûres c'est le soir... » (Entretien P8B – Elle : 40 ans, Lui : 36 ans – Vie commune depuis : 12 ans – Projet d'enfant au bout de : 4 ans 1^{er} enfant et 2 ans plus tard pour la tentative du 2nd – En cours de parcours d'AMP, en attente transfert d'embryons congelés suite à la 2^{ème} FIV)

La nécessité de comprendre le protocole de FIV apparaît clairement à travers cet extrait. Les erreurs peuvent parfois avoir des conséquences plus radicales et provoquer l'interruption de la tentative en cours. C'est ce dont témoigne Noëlle pour qui une erreur lors de la stimulation a effectivement conduit à un arrêt de la tentative en cours.

J'ai fait une première tentative FIV1 en début mars 2014, où j'avais eu un protocole long, bon ce n'était pas, on s'était mal compris avec le docteur X sur le protocole en lui-même, moi je n'étais pas très bien, on venait de perdre notre chien, on venait de faire piquer notre chien on n'était pas trop à la fête, donc

du coup pas mal de souci autour, et en fait je me suis trompée, j'ai arrêté le blocage alors qu'il fallait le continuer pendant la stimulation, enfin je n'avais pas capté, c'est vrai que son schéma bon après il n'était pas très clair non plus, plus moi qui ai mal compris, donc première tentative avortée. On a laissé passer 2 mois, donc ça nous a mené au mois de juin, donc FIV1-Bis. FIV1-Bis donc protocole long également, entre temps elle m'a changé les produits, je n'étais plus sous Purigon mais sous Pergovéris, donc piqûres, piqûres, piqûres, cette tentative là on est allé jusqu'au bout. (Entretien P2A – Elle : 40 ans, Lui : 37 ans – Durée vie commune : 4 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – Fin du parcours intraconjugal après 3 FIV, a proposé son dossier pour un don d'ovocyte en France)

Les incompréhensions, non seulement avoir un impact direct sur le bon déroulé du parcours et sa réussite, peuvent également affecter psychologiquement les femmes appliquées à ce que tout se passe bien et qui n'ont pourtant pas toute la maîtrise de leur parcours. C'est par exemple le cas de Françoise qui explique avoir mal vécu le fait de s'être trouvée confrontée à des contre-indications par rapport à ce qu'elle pensait avoir compris du déroulé de la procédure de FIV.

Ça a été très compliqué à la suite de la première ponction, donc... J'avais sûrement mal entendu ce que m'avait dit le biologiste, je n'en sais rien, ou ils changent d'avis entre eux, je n'en sais rien, j'avais entendu que même si c'était un cumul, dès la 1ère ponction, il fallait que mon conjoint donne son sperme, parce qu'on ne sait jamais. On ne sait jamais le nombre d'ovocytes qui pourraient être là et tout ça. Donc alors moi, on y va, je lui dis : « vas-y, vas là-bas, il faut que tu donnes ton sperme ». Alors, moi je vais faire mon anesthésie, je reviens, je dis « alors, tu as donné ton sperme », « non, ils n'ont pas voulu ». Alors, là, ça m'a mis dans une colère. Donc, je ne sais pas si c'est le coup de l'anesthésie ou parce que déjà c'est très lourd à gérer tout ça et que du coup ça a été le truc en plus... la goutte qui a fait déborder le vase... et là, la pauvre sage-femme quand elle est venue m'annoncer combien d'ovocytes ils avaient pu vitrifier, elle a tout pris pour elle. Pour me rassurer, je disais : « c'est rien contre vous mais alors je ne suis pas contente » et ça a été voilà... je me suis mise à pleurer... je n'en pouvais plus, ça a été la goutte en

trop, le côté qu'en plus on me dise : « ils n'ont pas voulu ». Mais, pour moi, il fallait qu'il le donne, donc c'est ce que j'avais entendu. Et elle n'arrêtait pas de me dire : « non, non, non, non, non ce n'est pas comme ça ». Donc alors, j'ai peut être mal entendu, mais voilà... Donc, du coup, il y a une psychologue qui suit lorsqu'on entre dans ce processus, du coup j'ai pris contact avec elle. (Entretien P6B – Elle : 41 ans, Lui : 38 ans – Vie commune depuis : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – En cours de parcours d'AMP, en cumul ovocytaire en attente de la 1^{ère} FIV)

La gestion de ces incertitudes semble difficile, suscitant tantôt la colère, tantôt le désarroi. La solution pour certaines des femmes rencontrées est de partager ces expériences avec d'autres personnes, que ce soit auprès de psychologues comme Françoise, ou encore auprès d'autres femmes partageant la même expérience comme Géraldine :

Je pense qu'on ne nous explique pas grand-chose, je n'avais pas du tout compris que j'allais avoir ma première échographie et qu'on ne me prélevait pas tout de suite. On perd plein de temps, on attend beaucoup et ça ne dure pas longtemps l'entretien. Et puis des fois on n'arrive pas à poser des questions le jour J parce que... on n'a pas regardé tous les documents qu'on nous donne, on vient de les recevoir. Donc, c'est compliqué quoi. C'est vrai qu'après, est-ce que c'est pour ne pas nous stresser ? Je n'en sais rien, il y a peut-être quelque chose, il y a peut-être vraiment une explication à tout ça. Moi, je sais que par exemple, je suis kiné, je n'explique pas à tous les patients tout, parce que ça pourrait justement les angoisser. Donc, des fois il y a un cheminement derrière, mais là je ne sais pas. Donc, c'est vrai que je trouve que de parler avec des gens qui ont vécu ça, ça aide. (Entretien P4B – Elle : 41 ans, Lui : 43 ans – Vie commune depuis : 2 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – Au début du parcours d'AMP, en cours de stimulation en attendant la 1^{ère} FIV)

Ces expériences relatées concernent essentiellement les patientes du centre B dont l'organisation diffère du centre A. Dans le premier, seuls les gynécologues expliquent les étapes du parcours au couple, tandis qu'au sein du centre A, après ce rendez-vous informatifs avec le gynécologue, les sages-femmes ont pour rôle d'expliquer une

nouvelle fois les différentes procédures à suivre auprès des femmes. Ce qui permet à ces dernières d'entendre une seconde fois les informations à retenir et de pouvoir poser des questions qui n'ont pu l'être lors du rendez-vous avec le gynécologue. Cette organisation du centre A est expliquée ci-après par Aurélie :

Toute la prise en charge du début était très bien expliquée. Là où peut-être moi j'ai trouvé que c'était un petit peu plus rapide c'est quand on a vraiment commencé la FIV et où je ne sais plus, je crois qu'on a dû revoir, on est retourné voir une deuxième fois la gynéco, en tout on a dû voir que deux fois la gynéco, la première fois pour lui parler du projet etcetera lui demander les premiers documents. La deuxième fois qu'on lui a donné les examens complémentaires qu'elle avait demandés. C'est là qu'elle m'a dit aussi qu'il faudrait rencontrer l'anesthésiste et voilà, et c'est cette fois là où c'est allé très très vite. Et alors après en même temps elle nous disait vous allez voir les sages-femmes vont tout vous réexpliquer mais dans ma tête je ne mettais pas le rôle d'une sage-femme à ce niveau-là, je la voyais plus à l'étape finale au moment de l'accouchement. Donc en fait quand je suis sortie de l'entretien avec elle, j'étais vraiment paniquée, parce que je me suis dit elle nous a expliqué les choses à la vitesse de la lumière, en plus il faut caler ça dans nos vacances etcetera, les dates n'étaient pas très précises, nous on avait la logistique de la distance à gérer, quand elle nous disait les piqûres tels jours, je me disais mais est-ce que je peux faire une partie des examens à Paris avec ma gynéco ou pas, plus mon contexte professionnel où j'étais en train de licencier des gens partout dans mes filiales avec des déplacements à l'étrangers, enfin... (Entretien P1A – Elle : 41 ans, Lui 43 ans – Durée vie commune : 2 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an - En cours du parcours d'AMP, en attente de la 1^{ère} FIV après plusieurs inséminations avec la gynécologue habituelle)

Les rendez-vous avec les gynécologues sont souvent très rapides (10 à 15 minutes) comme j'ai pu le constater dans le centre B en restant dans la salle d'attente pour recruter les patientes. Dans ce laps de temps, elles doivent souvent rappeler les éléments de leur dossier médical, effectuent l'échographie, puis se font expliquer les étapes pour la suite du parcours. Les informations fournies par le médecin, notamment lors du premier rendez-vous, sont extrêmement nombreuses et il est difficile de retenir

la totalité d'entre elles. Les femmes rencontrées ont souvent été inquiètes par l'idée de se tromper lors de leur parcours. De ce fait, elles tentent de se l'approprier, de le maîtriser, voire de le contrôler. Elles ne sont pas des patientes inactives guidées par la toute-puissance médicale. La médecine à laquelle elles ont à faire est incertaine face à l'infertilité liée à l'âge des femmes, pour tenter de favoriser l'issue positive du parcours malgré tout, elles s'investissent fortement.

d. Des entrepreneuses du parcours d'AMP

Le terme de « patientes » ne convient guère aux femmes rencontrées. Des travaux ont déjà montré leur forte implication et leur capacité d'actions (Becker, 2000 ; Thompson, 2005 ; Rozée et Mazuy, 2012 ; Hertzorg, 2016), notamment en fonction de leur milieu socioéconomique et niveau de diplôme (Tain, 2013). Nous observons nous-mêmes que pour avancer sans encombre dans ces parcours techniques, complexes et incertains, elles doivent être fortement investies, qui plus est, en raison de leur âge. Nous avons effectivement montré qu'elles sont dans une situation d'urgence à procréer et mènent de ce fait une « course contre la montre ». En démarrant le parcours d'AMP, cette course devient une « course d'obstacle » (Franklin, 1997). Les obstacles sont communs à l'ensemble des personnes en parcours d'AMP, néanmoins ils sont plus importants encore pour les femmes « âgées ». Nous avons déjà montré que les taux de réussite de FIV décroissent fortement avec l'âge. De ce fait, au plus elles prennent leur temps au plus leur chance de réussite s'effondre. La course est donc inévitable pour elles : elles ne peuvent se permettre de pauses ou d'erreurs compte tenu de la diminution de leur réserve ovarienne et des limites qui reposent sur ce critère. De ce fait, elles tentent d'avoir un suivi scrupuleux des différentes étapes. La vigilance face aux erreurs ne concerne pas seulement celles que les femmes elles-mêmes risquent de commettre. L'enquête montre qu'au niveau de la prise en charge médicale il peut également y avoir des moments de flottements, d'incertitudes qui peuvent ralentir la progression du parcours. Ces situations d'incertitudes amènent les femmes rencontrées à redoubler d'effort afin de pouvoir suivre leur parcours, en maîtriser les différentes étapes et s'assurer de son bon déroulement. Plus que s'appliquer à suivre les directives des médecins, elles vérifient

parfois que le personnel médical prenne bien en charge le dossier et surveillent l'avancé de chaque procédure du parcours. Toutefois cette forte implication se fait dans une certaine mesure, car si les patientes doivent être impliquées, il n'est pas question pour autant pour les médecins qu'elles interagissent avec les choix médicaux réalisés.

Dans le cas de Sarah par exemple, il lui a semblé nécessaire au cours de son parcours de surveiller la préparation par le laboratoire de sa tentative d'insémination avec don de sperme. Mais malgré ses vérifications, une erreur a tout de même eu lieu.

Fin novembre-décembre, début décembre. Ou décembre, je n'en sais rien, mais juste avant qu'ils ferment. Euh, bin, en même temps il n'y avait pas grand-chose à faire, juste surveiller et faire un déclenchement. Voilà, et donc j'appelle le labo pour les paillettes, je vérifie qu'ils les aient bien commandées, parce qu'il y a très très peu de personnes qui font appel à des donneurs, donc il ne faut pas qu'ils oublient de les commander, sinon c'est raté quoi. Il faut les commander en avance. Donc j'appelle le labo : « oui... »

Enquêtrice : Je ne pensais pas que c'était au couple de s'occuper de ça...

Moi non plus. Mais visiblement, ils ont tellement de choses à penser et à faire que oui. Ça peut arriver que ça glisse quoi... Il y a un truc... moi, j'appelle, je dis : « est-ce qu'il y a tout ce qu'il faut ? Ou est-ce qu'il faut commander ? » Elle me dit : « oui, on en a », je lui dis : « est-ce que c'est bon pour une insémination ? » Parce que je sais, moi, de mon expérience, ce n'est pas les mêmes paillettes suivant si c'est une insémination ou une ICSI, ce n'est pas du tout pareil. Parce qu'insémination, on balance des millions et ICSI, si on en prend un, on va le mettre... Donc, dans une paillette, s'il y a en trois qui sont super...

Enquêtrice : Oui, ils ne font pas ça pour une insémination.

« Oui, oui, tout va bien », je lui dis : « Vous êtes sûre ? », « Oui, oui, tout va bien ». Très bien. Mon cycle se déroule bien, je vais pour le jour de l'insémination, j'attends 3 heures, c'est complètement dingue, bref, ce n'est pas grave, je vais faire un tour, je reviens, je suis toute seule parce que mon compagnon, il travaille et puis je crois qu'il en a marre de tout ça... Voilà. Et là, je vois qu'ils font la gueule, ils tiquent parce qu'en fait la paillette, elle n'était pas faite pour ça. Il aurait fallu beaucoup plus de quantité... Ce n'est pas grave, ils me mettent ce qu'ils ont, c'est-à-dire peu, voilà... Ma foi, il suffit

d'un après tout... Donc ça ne marche pas et du coup, là, ça c'est novembre... (Entretien P2B – Elle : 42 ans et 11 mois, Lui : 46 ans – Vie commune depuis : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – En cours de parcours d'AMP, en attente de la dernière FIV/ICSI avec don de sperme en raison de son âge)

Cet extrait montre de quelle façon les femmes sont amenées à être investies dans le parcours et à s'en préoccuper au-delà du suivi des directives médicales. Pour être certaines que leur procédure de FIV ait lieu sans encombre, les femmes interrogées participent à son organisation. Elles administrent leurs parcours de façon quotidienne et rigoureuse, tant concernant les actions qu'elles doivent elles-mêmes mener que celles de l'institution médicale. Certaines femmes aimeraient pouvoir s'impliquer davantage encore dans leur parcours, notamment pour participer à la formulation des choix médicaux.

Je veux dire que ce n'est pas parce que eux sont des médecins que nous on n'a pas besoin aussi de comprendre les choses. Voilà.

Enquêtrice : C'est un commentaire que vous faites de manière générale ou là pour ce moment du transfert ? Enfin vous pensez que de manière générale les choses ne sont pas assez bien expliquées, montrées... ?

Elles ne le sont pas expliquées, elles ne le sont pas ! C'est à dire, moi je me suis entendue dire, quand même, bon je m'en fous parce que de toute façon quand j'ai 15 questions à poser je vais quand même les poser, mais : « Mlle, c'est moi le médecin ». Mais je m'en fous. Jusque-là, je n'ai pas été frappée d'amnésie pendant l'entretien, je sais qu'elle est le médecin et que je suis la patiente. Or, moi, je suis la patiente concernée et quand j'ai un commentaire à faire que ce soit sur mon traitement, mon avis sur l'échographie du jour, sur la suite à donner, voilà... c'est à dire que concrètement, on vous donne... c'est vrai qu'elle doit se dire : « qu'est-ce qu'elles y comprennent ? » Mais si vous voulez, je ne suis pas sûre qu'on y comprenne rien parce que moi je me rappelle d'un 3e traitement que j'avais eu après mes 2 premières ponctions. Elle me dit : « on va essayer, ce qui était bien d'essayer de sa part, on va essayer un protocole court, ce qui sera moins lourd pour vous en termes de traitement ». Donc, un protocole court, c'est... vous faites le blocage en même temps que la stim, voilà donc, c'est ce qu'on appelle un protocole court agoniste, bon...

J'ai dit : «écoutez oui, si ça peut être moins lourd, je veux bien essayer ». Et il se trouve que ce protocole, je sens que... je sens dès la 1ere écho, que ça ne va pas, pour moi ça ne répond pas comme d'habitude, je ne me sens pas pareil, et effectivement je trouve que la 1ere écho n'est pas bonne, la mesure de l'endomètre n'est pas bonne, enfin je ne le sens pas. J'appelle le service le soir, je dis : « écoutez je vais arrêter le traitement, je ne le sens pas ». « Ah non, non, si vous n'avez pas l'accord de votre gynécologue, vous ne devez pas arrêter le traitement ». Certes, d'accord, c'est encore mon corps jusque-là. Donc, je continue pendant une semaine de plus de traitement de cheval, parce que normalement... normalement, vous ne devez pas dépasser 450 unités, si vous mélangez admettons 2 produits, il y en a un à 300, il y en a un à 150 c'est bon. Oui, 450 unités. Moi ils m'ont fait monter à 525 ça ne répondait toujours pas.

Enquêtrice : Ils ont augmenté au fur et à mesure au vu des échos et de... ?

Oui, mais ça ne répondait pas. De toute façon, je lui disais que je ne le sentais pas ce protocole. Ça faisait une semaine que je disais qu'il faut arrêter, une semaine après on me dit : « arrêtez tout ». Je veux dire... C'est là où je dis qu'on n'est pas si idiot que ça, pour peu qu'on veuille bien être à l'écoute de son propre corps et de ce que l'on pressent aussi. Effectivement, ça reste les médecins mais de dire à un patient : « oui, oui, Mlle, je suis le médecin. C'est moi le médecin, c'est moi le médecin ». Je comprends ben oui, j'aurais pu répondre : « moi je suis la patiente », j'aurais pu si j'avais envie. Bon, après, avec ma gynéco, j'ai de très bonnes relations, mais elle sait que j'ai besoin d'être acteur de ma prise en charge et c'est ce qu'on n'autorise pas tellement. Parce que moins on vous explique de choses, moins vous êtes acteur, moins vous participez et plus vous subissez et moins bien c'est vécu finalement et moi, je crois vraiment qu'on a besoin aussi de pouvoir en penser quelque chose. (Entretien P9B – Elle : 40 ans, Lui : 39 ans – Vie commune depuis : 3 ans – Projet d'enfant au bout de : 6 mois – En cours de parcours d'AMP, en attente des résultats de la 3^{ème} FIV)

Le témoignage de Caroline montre le difficile ajustement que les femmes ont à réaliser dans la façon dont elles s'impliquent dans la procédure du parcours d'AMP. Un fort suivi du parcours et une forte implication de leur part sont nécessaires.

Toutefois, cette implication doit pouvoir permettre l'avancement du protocole décidé par les médecins, que ce protocole soit stable ou changeant. Il n'est en aucun cas attendu de leur part que leur participation aille jusqu'à interférer avec les décisions prises par les médecins. Dans cet extrait, Caroline exprime un sentiment de dépossession de son corps, lié au fait de ne pas pouvoir donner son avis sur un protocole médical la concernant pourtant directement. Elle estime qu'il serait normal qu'elle puisse donner son avis. Elle revient à ce propos plus loin dans l'entretien sur le changement d'avis des médecins de faire un cumul ovocytaire. Sa 3^{ème} tentative de FIV devait se faire suivant ce protocole, mais au moment de la ponction, les médecins ont finalement changé d'avis, ce qu'elle a peu apprécié.

La nana qui a 2 ovocytes, allez elle va peut-être en avoir 6 au bout de la 3e ponction, mais moi j'en avais 6 et regardez ce que ça donne, ou alors il faut avoir des spermatozoïdes en pleine forme quoi. Mais ce que je veux dire, pourquoi ils m'ont limité ? Mais j'attends, parce qu'il faut que je reste calme là bon, voilà, mais ce n'est pas normal. Ah, je ne rentre pas dans les statistiques. Mais qu'est-ce que je m'en fous de ne pas rentrer dans les statistiques. Mais on a l'impression de se battre, parce que bon, moi, c'est vrai que j'aurais voulu avoir une action, un engagement par rapport à ces questions de PMA, on est très frustré parce que quand même on a des avis importants à donner, qu'est-ce que ça pouvait leur faire que je fasse 3 ponctions ? C'est moi qui les subis les trois ponctions. À 48 heures, me dire que non on va me faire un transfert ? Mais, je suis quoi, moi ? Moi, à la limite même si on ne me faisait pas 3 ponctions, on m'en autorise que 2 parce que je suis au-dessus, mais avec 2 ponctions, j'avais 2 embryons beaux et plus de chances que ça prenne. Voilà, ils m'ont grillé encore une fois, une tentative. Et sur la 4e, moi je veux bien la faire ici, mais si on m'autorise à faire le cumul ovocytaire sans considération du nombre d'ovocytes. Et c'est ça que je veux négocier, voilà, mais je ne pense pas que ça passe. (Entretien P9B – Elle : 40 ans, Lui : 39 ans – Vie commune depuis : 3 ans – Projet d'enfant au bout de : 6 mois – En cours de parcours d'AMP, en attente des résultats de la 3^{ème} FIV)

Caroline, comme d'autres femmes rencontrées, est progressivement devenue experte de son parcours d'AMP. Elle estime que son avis compte, qu'il doit avoir une place dans les décisions médicales et bien que cela ne soit pas permis, elle souhaite

négocier la suite de son parcours. Cet investissement, parfois considéré comme un surinvestissement du point de vue des médecins, n'est pas propre aux femmes quadragénaires. Des études montrent qu'un fort engagement dans le parcours d'AMP, dans le but de le faire avancer au plus vite, est plus largement mis en place par les femmes, y compris plus jeunes, qui souhaitent ainsi favoriser la réussite du projet de grossesse (Rozée et Mazuy, 2012). Néanmoins, nous estimons que ce fort investissement est exacerbé chez les femmes rencontrées. En présentant au sein du chapitre 11 la course contre la montre dans laquelle les femmes se trouvent, nous avons montré qu'elles enchaînent bien souvent les tentatives, plus rapidement encore que ce qui est conseillé par les médecins. Par exemple, elles ne s'octroient pas les pauses d'un ou deux mois entre chaque tentative. Moins que toutes autres, elles ne peuvent se permettre de perdre du temps dans l'avancé de leur protocole d'AMP et font tout pour que ce dernier ait le plus de chance d'aboutir au plus vite.

Nous allons voir néanmoins que ce surinvestissement n'est pas sans risques. Ses conséquences sont nombreuses et touchent autant la vie personnelle des femmes, que leur vie relationnelle.

2. DU FORT INVESTISSEMENT A L'EXPOSITION AUX RISQUES

L'implication forte des femmes dans le parcours d'AMP n'a pas pour seul effet de favoriser son issue positive. Des conséquences importantes, souvent négatives, en découlent et affectent leur vie. Ces effets indésirables touchent autant les femmes elles-mêmes que leur entourage. Ils peuvent atteindre leur vie personnelle, professionnelle, conjugale, ainsi que familiale et amicale. Nous allons les présenter un à un au sein de cette partie, ce qui nous permettra ainsi de souligner l'écart existant entre le discours social qualifiant les demandes de prise en charge en AMP pour infertilité liée à l'âge comme relevant de la « *convenance personnelle* », et la réalité de la pratique de l'AMP qui, à l'inverse, met en jeu l'équilibre d'un confort jusqu'alors acquis.

a. Les risques personnels

Nous allons voir au sein de cette partie un autre aspect du « parcours de la combattante » que constitue le parcours d'AMP. Cet autre aspect est lié aux risques, en l'occurrence ici générés par l'immixtion du médical dans la vie intime. Les nombreuses étapes du parcours et la forte disponibilité qu'elles requièrent, engendrent à la fois stress, fatigue, douleurs, ainsi que des désagréments liés aux effets secondaires des traitements médicaux tout autant qu'aux difficultés d'ordre organisationnelles. En effet, le traitement médical de la FIV implique d'avoir des examens ou actes médicaux quotidiennement, aussi bien au sein de l'institution médicale qu'à domicile. Le parcours d'AMP n'est donc pas seulement circonscrit aux temps de présence au sein des institutions hospitalières, il s'étend beaucoup plus largement dans la vie des femmes. C'est ce que nous allons montrer à travers différentes situations : la gestion quotidienne des piqûres du traitement hormonal, les effets secondaires de ce traitement, l'impact du parcours sur l'intimité des femmes, et l'attente du résultat.

La gestion quotidienne des piqûres

Le traitement hormonal a lieu avant la ponction ovocytaire et a pour fonction de stimuler les ovaires afin qu'un maximum d'ovocytes puissent être ponctionnés. Sa durée varie selon la réponse au traitement de chaque femme, il peut s'étendre d'une dizaine à une vingtaine de jours. Le traitement consiste en une piqûre journalière sous-cutanée, le soir, dans le ventre, pour ce qui est de la stimulation ovarienne, plus des piqûres de blocage de l'ovulation et une de déclenchement de l'ovulation en intramusculaire afin que la ponction n'ait lieu que lorsque le nombre de follicules mûres est suffisant. Les piqûres quotidiennes doivent avoir lieu à heure fixe et sont le plus souvent dispensées par des infirmières, quelques fois par le compagnon de la femme ou encore par les femmes elles-mêmes. Seule la piqûre de déclenchement est systématiquement réalisée par une infirmière puisqu'elle doit avoir lieu en

intramusculaire, au niveau de la fesse. Ce traitement est souvent vécu comme une contrainte importante par les femmes concernées.

C'est un processus qui mobilise l'esprit finalement tout le long du cycle, il n'y a jamais vraiment de répit, parce qu'on surveille le premier jour des règles quand est-ce que ça arrive, dès ce moment-là il faut être sûr d'avoir un rendez-vous avec sa gynéco, pour avoir la prescription de ses médicaments parce que ce n'est pas, les hormones, les Gonal F, ce n'est pas des choses que la pharmacie peut vous délivrer tout de suite comme ça. Donc d'être sûr d'aller tout chercher, d'avoir tout, et donc d'avoir le rendez-vous avec la gynéco pour commencer les piqûres dès le 5ème ou 6ème jour du cycle. Plus après la course pour aller au labo le matin faire la prise de sang, obtenir les résultats dans la journée par internet ou faxer à la gynéco mais quand la gynéco est à l'hôpital il faut les obtenir soi-même pour pouvoir les lui transmettre oralement par téléphone, et connaître du coup la dose de la piqûre le soir, donc ça pendant 3-4 jours, ensuite il y a l'écho où elle dit bon ben c'est bon, dans 1 jour ou dans 2 jours vous déclenchez, vous faites cette piqûre à telle date. Puis de nouveau le rendez-vous pour, avec le laboratoire pour faire le prélèvement de sperme et avec la gynéco pour refaire l'insémination. (Entretien P1A – Elle : 41 ans, Lui 43 ans – Durée vie commune : 2 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an - En cours du parcours d'AMP, en attente de la 1^{ère} FIV après plusieurs inséminations avec la gynécologue habituelle)

Toutes ces étapes à gérer nécessitent une organisation spécifique et contraignante du quotidien ne laissant pas de place à l'imprévu.

Françoise : Et toutes ces piqûres, je trouve que c'est une contrainte aussi parce qu'il faut le faire à certaines heures de la... Moi je le fais le soir mais entre, il ne faut pas non plus le faire à 4 heures d'intervalle d'un jour à l'autre, donc il faut à peu près toujours au même moment. Donc, voilà, s'il faut sortir le soir, il faut s'organiser donc, sortir à partir de telle heure, parce qu'avant il faut faire la piqûre, ou si on va chez les gens, il faut que je pense à prendre les piqûres pour pouvoir le faire là-bas. Donc après c'est 10 jours, ce n'est pas non plus énorme, mais c'est une organisation. Organisation avec son travail, organisation pour le soir et puis après... (Entretien P6B – Elle : 41 ans, Lui : 38 ans – Vie commune depuis : 5 ans

– Projet d'enfant au bout de : 1 an – En cours de parcours d'AMP, en cumul ovocytaire en attente de la 1^{ère} FIV)

Caroline : *Là franchement, je me dis plus... parce que des fois c'est bête, mais moi je finis le travail à 6h ½. J'avais du coup les piqûres à 6h45. Il suffisait d'un problème sur le trajet, je ne les avais pas les piqûres. Vous stressiez toute la journée, parce que vous vous dites : « mon Dieu... ». Bon, moi je ferme une crèche le soir, je ferme l'établissement mais, s'il y a un problème, un parent qui ne vient pas, je suis obligée de rester à la crèche, je fais comment pour mes piqûres? C'est horrible, même la journée vous vous dites : « et ma piqûre, est-ce qu'il va y avoir un problème ce soir ? » Et si la voiture elle lâche, et si j'ai un accident sur le chemin etc., etc. Quand vous êtes pris dans les bouchons, je ne vous dis pas, vous faites des gouttes parce que bon, voilà, vous avez l'infirmière qui vient à telle heure, et que voilà...* (Entretien P9B – Elle : 40 ans, Lui : 39 ans – Vie commune depuis : 3 ans – Projet d'enfant au bout de : 6 mois – En cours de parcours d'AMP, en attente des résultats de la 3^{ème} FIV)

La précision de l'horaire à tenir génère chez certaines femmes un stress lié à la crainte qu'un empêchement ait lieu et que la piqûre ne puisse être réalisée. L'oubli ou l'impossibilité de réaliser une piqûre, ne serait-ce qu'un seul jour, conduirait à l'échec et à l'arrêt du traitement. Les craintes vécues par Caroline sont essentiellement liées à la dépendance d'une infirmière venant chez elle à heure fixe. Face à cette contrainte, certaines des femmes rencontrées ont expliqué avoir appris à se faire les piqûres elles-mêmes afin d'être plus autonomes et ainsi plus libres.

Noëlle : *Alors après, la gestion des piqûres au quotidien, quand on va manger chez des copains, je prends tout dans une pochette, je fais là-bas, après c'est un coup à prendre.*

Enquêtrice : C'est vous qui vous les faites ?

Oui c'est moi qui me les fait pour justement avoir l'autonomie de mon emploi du temps et ne pas être obligée d'arriver à 9h du soir chez des copains ou de voilà. Moi j'ai essayé à ce qu'on ait la vie la plus normale possible pendant ces protocoles. C'est-à-dire de ne pas me considérer comme malade, ce que je ne suis pas. Ce n'est pas parce que je me fais des piqûres que je suis malade. De ne pas me morfondre, de continuer à voir des gens. D'en parler ou pas, ça c'est un choix, ça dépend avec qui, ça dépend comment. Et en fait de

continuer à vivre normalement. (Entretien P2A – Elle : 40 ans, Lui : 37 ans – Durée vie commune : 4 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – Fin du parcours intraconjugal après 3 FIV, a proposé son dossier pour un don d'ovocyte en France)

Comme en témoigne ce dernier extrait, la rigueur nécessitée par le traitement hormonal affecte le quotidien des femmes. Pour ne pas que leur autonomie et liberté s'en trouve entravées, elles doivent faire des efforts et s'impliquer davantage encore dans le processus médical, en apprenant par exemple à se faire elles-mêmes les piqûres. Sans cela, leur quotidien risque d'être entièrement subordonné au parcours d'AMP.

Les effets secondaires du traitement hormonal

Au-delà des contraintes organisationnelles imposées par le traitement hormonal, ce dernier affecte également le quotidien des femmes par les effets secondaires qu'il produit.

Marie-Claire : Moi je les vis effectivement beaucoup dans mon corps, mon corps a beaucoup changé, j'ai des effets secondaires qui continuent.

Enquêtrice : Qui sont de quel ordre ?

Par exemple j'ai un herpès qu'on voit moins mais tout à l'heure, il était énorme. J'ai eu beaucoup d'herpès qui sont manifestement très liés effectivement aux successions de stimulations hormonales. J'ai très souvent des mycoses parce qu'en fait, ou quand mes règles arrivent ou quand mes règles s'arrêtent il y a des mouvements hormonaux qui font que ça déséquilibre le terrain, et que du coup ça peut engendrer ce type d'effets, c'est juste insupportable... Que quasi-systématiquement, au bout d'un moment quand j'avais des stimulations hormonales très fortes, j'avais une mycose associée parce que le terrain est juste complètement bouleversé. J'ai pris du poids, j'ai eu des maux de tête insupportables. Voilà, j'ai vraiment trinqué physiquement. Après voilà, c'est un choix. Mais j'avais besoin juste de me retrouver parce qu'à un moment donné, ce n'était plus possible quoi. (Entretien P12B – Elle : 40 ans et 5 mois, Lui : 39 ans – Durée vie commune : 8 ans – Projet d'enfant au

bout de : 1 an – En cours de parcours d’AMP depuis 6 ans, en attente du transfert d’un embryon congelé suite à une FIV en don d’ovocyte en Espagne ayant échouée)

En raison de ces effets secondaires, bien souvent, les contraintes du traitement hormonal ne se limitent pas au seul moment de la piqûre mais durent dans le temps, à travers les changements qu’ils génèrent sur/dans le corps.

Noëlle : *Ah je ne sais pas si vous avez des questions sur les effets secondaires mais sur l’humeur, sur le poids...*

Enquêtrice : Par rapport au traitement hormonal ?

Ouai. Ah ouai moi j’ai enflé cet été c’est horrible, je me sens énorme, je me sens, je ne me sens pas bien physiquement, vous voyez c’est, voilà là je me languis d’évacuer tout ça, c’est vachement invasif les hormones, c’est très très invasif pour le métabolisme, ce n’est pas rien voilà, on n’est pas malade mais c’est vrai qu’on s’injecte quand même des sacrés doses, c’est des hormones de synthèse, ce n’est pas fait pour faire du bien à l’organisme. Je ne dis pas que ça massacre l’organisme mais ce n’est pas fait pour faire du bien. (Entretien P2A – Elle : 40 ans, Lui : 37 ans – Durée vie commune : 4 ans – Projet d’enfant au bout de : 1 an – Fin du parcours intraconjugal après 3 FIV, a proposé son dossier pour un don d’ovocyte en France)

Clarisse : *Donc le premier traitement, au niveau de la fatigue, j’ai eu du mal, j’étais là mais je ffff. Il y a des jours où je peinais et à la fin je peinais un peu plus. (Entretien P3A – Elle : 42 ans et 11 mois, Lui : 46 ans – Durée vie commune : 2 ans – Projet d’enfant au bout de : 1 mois – Fin du parcours d’AMP : enceinte après la 2ème FIV)*

Au cours du parcours d’AMP, le bien-être physique et psychologique ainsi que la santé des femmes sont affectés (Franklin, 1997 ; Becker, 2000). Comme l’explique Noëlle, alors qu’elles ne sont pas malades au commencement de ce parcours, le traitement médical les soumet à des maux inédits. De plus, certains de ces effets indésirables ne se cantonnent pas à la seule période du traitement médical, ils peuvent perdurer bien après le parcours d’AMP, comme la prise de poids qui ne s’estompe pas dès le traitement terminé.

L'intimité mise à mal

Les pratiques médicales de l'AMP affectent aussi les femmes en agissant sur leur intimité. Que ce soit au travers d'actes médicaux intrusifs, de paroles médicales disqualifiant les capacités reproductives et ainsi le corps des femmes, d'informations dévoilant l'habituellement non-connu de la reproduction ; l'intimité des femmes rencontrées a parfois été mise à mal. Certaines d'entre elles ont essayé de déployer des stratégies afin de préserver une part de leur intimité de la sphère médicale.

L'annonce de l'infertilité lors des examens médicaux, a parfois conduit certaines enquêtées à s'interroger sur leur féminité même.

Françoise : Après peut-être il faudrait qu'ils soient formés les médecins pour dire les choses, donc... mais quand on fait cet examen, échographie interne pour voir combien j'ai d'ovocytes et que la personne elle me dit, qu'elle met 10 minutes... j'exagère, 5 minutes, mais vraiment 5 minutes pour trouver un des deux ovaires, je ne sais plus lequel, parce qu'il est tellement petit qu'il ne le voit pas, donc... et quand je lui demande... parce que quand même ils observent mon corps, j'ai quand même le droit de savoir qu'est-ce qu'il voit et qu'il me fait : « chut », parce qu'il n'a pas envie de parler, ce n'est pas forcément très... Surtout qu'on essaye quand même de savoir, donc d'espérer quelque-chose, et puis qu'il dit : « il y en a 1 à droite et 2 à gauche, ce n'est pas... » Du coup, pour qu'on ait plus de chance de tomber enceinte, il faudrait qu'il y en ait combien et qu'il dit : « il faudrait qu'il y en ait 10 », donc du coup forcément on repart et on se dit qu'on n'est pas fertile. Quand on fait une mammographie et que la personne elle vous dit : « vous n'avez aucune glande mammaire » et qu'elle vous regarde comme ça... Je suis ressortie de là en me demandant si j'étais vraiment une femme. Donc... enfin, je trouve que c'est très... ils ne se rendent pas forcément compte mais je trouve qu'il y a des façons de... lorsqu'on est avec eux, des façons de faire l'examen et dans leur discours, il faudrait qu'ils revoient. (Entretien P6B – Elle : 41 ans, Lui : 38 ans – Vie commune depuis : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – En cours de parcours d'AMP, en cumul ovocytaire en attente de la 1^{ère} FIV)

Françoise explique que les résultats de ses examens, lui révélant que son corps ne produit plus assez de follicules et de glandes mammaires, qui plus est, annoncés selon elle sur un ton non précautionneux, l'ont amené à questionner sa féminité. Le fait d'apprendre que le corps reproducteur est défaillant, autrement dit infertile, peut affecter l'image de la féminité que les femmes ont d'elles-mêmes (Becker, 2000). La construction de l'identité féminine reposant encore principalement sur la maternité, l'échec de « performance » du corps reproducteur apparaît comme une mise à l'épreuve du rôle de genre, en l'occurrence ici la capacité à devenir mère et ainsi, d'être pleinement femme (Becker, 2000 ; Butler, 2005 ; Rozée et Mazuy, 2012).

Marie-Claire : *En tout cas, je trouve que moi, mais je pense que pour mon mari c'est pareil, peut-être plus pour moi parce qu'évidemment, c'était mon corps qui était traité... mais ça demande vraiment une énergie psychique considérable de préserver un espace à l'intérieur de soi qui ne soit pas atteint, qui ne soit pas meurtri, qui ne soit pas blessé et qui ne soit pas impacté par... la violence de certains propos. Donc vraiment de pouvoir en fait arriver à mettre une certaine distance avec le discours médical et que le discours médical n'imprègne pas complètement tout. Parce qu'on sait bien aussi que... enfin on sait bien... en tout cas que quand on se vide négativement... on sait bien que c'est aussi psychiquement aussi que les choses peuvent se jouer. Enfin, une grossesse, elle n'est pas que physiologique, elle est aussi... ailleurs, et... je trouve terrible que les médecins puissent effectivement porter des mots comme ça, dont on sait que ça a un impact psychique, et dont on sait que c'est aussi une partie de ce qui fait que peut être ça va réussir, ou pas, mais peut être. Donc, en voulant... en proposant un traitement, en même temps, ils peuvent avoir un effet contrasté et opposé avec leur discours, leurs propos, leurs paroles, sur... au fond juste la représentation qu'on a de soi, l'image qu'on a de soi, la manière dont on perçoit son corps, bêtement... mais dont on perçoit la zone gynécologique, qu'est-ce qu'on se représente aussi de cet endroit-là ? : Est-ce que ... non, il est nul, il ne vaut rien ? Est-ce que je peux finalement être, oui, force de création ? Est-ce qu'il y a quelque chose qui peut se créer là ? Est-ce que mon utérus il est mou, il est petit ou au contraire est-ce qu'il est vivant ? Et puis voilà... et ça, il n'y en a aucun qui se dit que potentiellement de dire : « ah bin vous savez, vous avez un petit utérus, bon il faudra qu'on*

fasse...», dans la tête, forcément ça impacte. On se fait des représentations en fonction de ce qu'on nous dit. Enfin moi en tout cas, je fonctionne comme ça, je pense que je ne suis pas la seule. Et c'est compliqué. Enfin, après... qu'est-ce qu'il faut faire ? Continuer de former les médecins à un minimum de psychologie. Voilà. (Entretien P12B – Elle : 40 ans et 5 mois, Lui : 39 ans – Durée vie commune : 8 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – En cours de parcours d'AMP depuis 6 ans, en attente du transfert d'un embryon congelé suite à une FIV en don d'ovocyte en Espagne ayant échouée)

Marie-Claire témoigne aussi de la façon dont les discours des médecins au cours du parcours d'AMP ont parfois perturbé la représentation qu'elle avait de ses zones intimes et plus largement l'image qu'elle avait de son corps et d'elle-même (Becker, 2000). Face à ce discours négatif, elle explique combien il était nécessaire pour elle d'essayer de se préserver de cette dévalorisation de soi pour garder confiance et croire encore en la possibilité de réaliser son projet d'enfant. Ces atteintes de soi ont lieu dans un contexte où le corps se trouve constamment observé et manipulé. Il est confié aux mains des médecins et les femmes s'en sentent parfois fragilisées. Au cours de cette période, certaines enquêtées ont difficilement vécu cette exposition continue de leur corps à la médecine.

Marie-Claire : Moi j'étais juste totalement saturée de mon intimité, de mon corps qui avait été ultra exposé donc je ne voulais plus voir personne, à part ma gynéco. Je ne voulais plus qu'on me touche, je ne voulais plus rien quoi.

Caroline : J'aurais besoin aussi que ce soit la personne qui me suit qui me transfère. Vous arrivez et vous avez une femme que vous ne connaissez ni d'Adam ni d'Ève, en plus la première fois elle était excitée comme pas deux, elle était énervée et elle vous transfère. Vous ne la connaissez pas. On vous dit : « détendez-vous », mais comment voulez-vous... ? Ce n'est pas que je suis tendue, c'est que je ne la connais ni d'Adam ni d'Ève. Après, il y a une question de relation de confiance dans le transfert. Un transfert, symboliquement, c'est énorme. En plus de parler biologiquement parlant ou médicalement parlant, je n'en sais rien, mais symboliquement c'est très fort comme moment, ça peut être très fort comme ça peut être nul, voilà. (Entretien P9B – Elle : 40 ans, Lui : 39 ans – Vie commune depuis : 3 ans – Projet d'enfant au bout de : 6 mois –

En cours de parcours d'AMP, en attente des résultats de la 3^{ème} FIV)

Les difficultés liées à l'exposition de l'intimité des femmes sont aussi inhérentes au fait que le suivi, les différents examens et actes médicaux sont réalisés par différents médecins. Caroline explique cela au sujet du transfert des embryons. Ce geste peut être effectué par un médecin non connu, ce qui pour elle ne facilite pas l'investissement psychologique de cet acte qu'elle qualifie comme étant symboliquement très fort puisqu'il s'agit du point de départ d'une potentielle grossesse.

Par-delà la difficulté de l'exposition de l'intimité, les enquêtées ont aussi parfois été surprises par le dévoilement de l'habituellement inconnu dans le processus reproductif, caractéristique de la FIV.

D'abord, c'est complètement dingue parce que... en fait, on n'est pas censé savoir tout ça, les choses se passent en dehors de nous, en dehors de notre conscience quoi. Et tant mieux, il y a un côté mystérieux qui moi, me convient très bien d'ailleurs, sauf que là tout est exposé. C'est à dire que moi, je me souviens que la première fois quand on m'a dit : « alors voilà, vous avez... genre à la 1ere écho, ou la 2e, je ne me souviens plus... vous avez 5 follicules, regardez, ils sont là », ça me... je... OK j'ai 5 follicules, on est en train de me parler de 5 follicules, bon. Et puis après : « et maintenant on a 4 ovocytes ». On n'est jamais censé savoir comment ça se passe, et puis après on vous appelle et puis on vous dit « voilà, il y a une fécondation qui a eu lieu ». Alors OK, donc elle a eu lieu, donc elle a eu lieu dans une boîte, donc c'est là-bas. Alors ce matin je vais travailler, je passe à côté du labo où se passe quelque chose qui m'appartient et qui est juste fondamental dans ma vie, mais moi je suis dans ma voiture, je vais travailler. Enfin, ça me paraissait juste dingue. Je me dis, il faut que là tu débranches, tu ne penses pas. Et puis on vous appelle le surlendemain puis on vous dit : « alors voilà, il a... je ne sais pas, genre... je dis n'importe quoi... mais 8 cellules, il est parfait cet embryon ». Alors, je me dis : « qu'est-ce qu'il est en train de me raconter, quoi !? » Pour moi, c'est juste des choses qu'on n'est pas censé savoir et qui, d'un coup, sont là.

On peut même vous donner une photo. OK, donc ce sont mes embryons. Donc oui, ces questions-là, on ne se les pose pas, et tant mieux, et d'un coup ça s'impose à nous. C'est à dire que ce n'est même pas un choix de savoir si on a envie de savoir ou pas, on vous le dit. Voilà, OK c'est comme ça. Et si vous n'avez pas forcément envie d'entendre ou pas, c'est à vous de vous débrouiller mais de toute façon on vous le dit. Et on vous le dit par exemple quand on vous a fait la ponction, on vous le dit au réveil. Donc vous êtes complètement pris dans la substance de l'anesthésie, on vient vous voir, on vous dit : « très bonne récolte, vous en avez 8 ».

Après oui, c'est dingue aussi parce que cette terminologie-là, ce discours-là, on se l'approprie et, à des moments, je me surprénais à dire à ma mère « alors écoute, je suis contente, à l'écho il y avait 8 follicules ». Je raccroche et je me dis : « mais qu'est-ce que j'ai dit à ma mère quoi ? » J'ai 8 follicules, ma mère sait que j'ai 8 follicules. Parce que je me suis appropriée... et que d'un coup je peux en parler, alors je me suis dit : « mais ma mère, qu'est-ce qu'elle a dû se dire dans sa tête ? » Elle devait être contente j'imagine parce que j'étais contente, mais qu'est-ce qu'elle en a fait quoi ? C'est quand même dingue. On sort de la ponction... alors évidemment comme il y a une anesthésie : « ça s'est bien passé ? », « Je suis super contente, il y avait 5 ovocytes ! » Mais même souvent, en raccrochant : « mais qu'est-ce que tu racontes ? Pourquoi tu dis ça ? » Et en même temps on s'en réjouit parce qu'on se raccroche, on ne peut se raccrocher qu'à ça. Et du coup c'est pareil, la question du transfert... la question c'est que à priori, les gens autour de nous, les proches savent que c'est... admettons, le 15 du mois, le 15 mars, ou le 15 février, ou je ne sais pas quoi et qu'il faut à peu près 15 jours, ça veut dire que dans un moment où on est censé pouvoir se dire ok, j'ai ma prise de sang, en parler tous les deux, tout le monde est là : « alors t'en es où ? Positif, pas positif ? » Alors que là aussi, c'est un moment... moi j'ai rêvé un milliard de fois que j'allais faire une prise de sang et que j'allais faire une méga surprise à mon mari. J'ai à peu près 1 million de scénarii en tête. Bon je les ai rangés mes scénarii, parce qu'en fait, dans la réalité, c'est toujours corroboré au fait qu'il y a eu un transfert, qu'il y a eu un machin et que de toute façon, il le sait quoi. Et que si lui le sait potentiellement aussi... oui on en aura peut-être dit quelque chose à nos proches ou pas. (...) Enfin moi, je pourrais vous en parler

pendant des heures parce qu'il y a un million de détails qu'on n'imagine pas, mais qui d'un coup se vêtit de quelque chose de différent et de quelque chose qui est parfois déconcertant quoi. Parce que ce n'est pas attendu. (Entretien P12B – Elle : 40 ans et 5 mois, Lui : 39 ans – Durée vie commune : 8 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – En cours de parcours d'AMP depuis 6 ans, en attente du transfert d'un embryon congelé suite à une FIV en don d'ovocyte en Espagne ayant échoué)

La FIV amène à mettre au jour des étapes de la reproduction habituellement non connues et à en parler. Hors parcours d'AMP, seule la grossesse est su, et souvent plusieurs semaines après son début. Toutes les étapes précédant se déroulent dans le plus grand secret du corps. Or, la FIV met ces secrets au grand jour. Elle dévoile le nombre de follicules développés par le traitement hormonal, le nombre d'ovocytes prélevés, le nombre d'embryons obtenus *in vitro*, le nombre d'embryons s'étant développés au cours des jours de culture, le nombre d'embryon implanté et donc la date de l'implantation. Informées de toutes ces étapes, les femmes qui ne dévoilent généralement leur grossesse qu'au 3^{ème} mois à leurs proches, vont dans ces cas parler des étapes précédentes ayant généralement lieu dans le secret de leur intimité. C'est ainsi que Marie-Claire parle de l'étrangeté de cette situation de dévoilement de l'habituellement inconnu. Sa description est extrêmement éclairante quant au décalage des seuils, lié au parcours de FIV, de ce qui est généralement inconnu ou connu, secret ou révélé, dans la reproduction. Non seulement l'habituellement inconnu est su mais il est partagé. Comme elle le précise « *on ne peut se raccrocher qu'à ça* » : chaque étape est décisive, doit produire un résultat, qui non atteint, conduira à l'échec de la tentative. Tenir informer les proches du parcours d'AMP conduit donc à révéler ces étapes ainsi que leur issue, qui prend généralement la forme d'un chiffrage des matériaux biologiques reproductifs obtenus. Un autre écart avec ce qui relève généralement de l'ordre de l'intime est la connaissance de la date de l'implantation de l'embryon et ainsi, la connaissance de la date à laquelle se fera le test de grossesse. Ces moments appartiennent généralement à la femme ou au couple, mais dans les situations de FIV, ils sont partagés par les médecins et peuvent également l'être par certains proches tenus informés au préalable de la date d'implantation de l'embryon.

En réaction au vécu de ce dévoilement de l'intimité, certaines enquêtées ont tenté de préserver une part d'inconnu dans le processus reproductif lorsqu'elles le pouvaient.

Danielle : C'est comme, j'ai dit à mon mari, alors vu tout ce qu'on a vécu là, c'est très dur, je lui dis je ne voudrais pas connaître le sexe, j'ai dit ça va être le seul truc un peu exotique qu'on aura, après avoir eu autant de médicalis..., de truc médicalisé, vous voyez ce que je veux dire, je m'étais dit, le seul truc qu'on aura, qu'on peut laisser encore dans l'imaginaire, pour qu'on ait un peu... Mais je ne sais pas si je vais tenir.

Enquêtrice : C'est quelque chose qui vous a pesé, le côté ultra médicalisé ?

Ah oui, c'est pour ça, le seul truc qu'on ne maîtrise pas, de toute façon que ce soit un garçon ou une fille ça ne change pas, pendant la grossesse il n'y a rien d'autre à faire, et voilà. Je m'étais dit je prendrais des bodys blancs et ça ira bien, il sera tout en blanc, en jaune, je n'achète ni bleu ni rose et comme ça ce sera bien et après on pourra se lâcher. Oui c'était tellement médical que je veux garder un peu de surprise un peu de truc, parce que là vous savez que vous êtes enceinte, c'est terrible, normalement les dames elles attendent d'avoir leur règles, nous c'est très, c'est très au taquet quoi, vous avez le transfert, vous faites la prise de sang, entre temps vous avez vos règles, enfin tout est très cadré quoi. Donc je m'étais dit, peut-être que là justement on va laisser un peu, un peu de doutes, un peu de naturel. Parce que ça n'a pas d'incidence. (Entretien P6A – Elle : 40 ans, Lui : 41 ans – Durée vie commune : 11 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an pour le 1^{er} enfant et 9 ans pour le 2nd – Fin du parcours d'AMP, en cours de grossesse)

Danielle, en début de grossesse au moment de l'entretien, a expliqué ne pas vouloir connaître le sexe de son enfant afin de réintroduire un peu de mystère et de secret dans ce processus médicalisé.

Les façons dont sont habituellement vécues la connaissance et l'annonce de la grossesse changent dans un parcours de FIV. Les enquêtées ont dû faire le deuil des représentations qu'elles se faisaient de ces étapes chargées de significations sociales et

ritualisées. L'annonce de la grossesse au conjoint et aux proches constitue un rituel marqueur de la grossesse, permettant de l'inscrire dans l'espace social et de définir la nouvelle identité de la femme en tant que « femme enceinte » et future mère (Tillard, 2002 ; Mirlesse, 2007 ; Manuel, 2011 ; Charrier et Clavandier, 2013). Films et romans se saisissent de ce moment et l'interprètent fréquemment, il donne lieu à une réflexion, à une préparation mentale, voire à des fantasmes. Marie-Claire explique à ce propos avoir imaginé de nombreux scénarios de l'annonce de la grossesse à son compagnon. Néanmoins, dans le cadre de la FIV, ils ne peuvent exister, la dimension « magique » ou « romantique » de cet événement est absorbée par le processus médical et la surprise de l'annonce ne peut en aucun cas avoir lieu, ni auprès du conjoint, ni auprès des proches informés du parcours d'AMP.

L'attente du résultat

Le parcours d'AMP se décompose en différentes périodes marquées par des fortes variations de rythme. Le début du parcours est plutôt une période d'attente, le temps d'obtenir les rendez-vous pour les examens, le protocole à définir, puis l'attente des règles pour démarrer le traitement. La période du traitement hormonal jusqu'au transfert d'embryon constitue une période extrêmement intense faite d'examens et actes médicaux quotidiens. Il s'agit de celle à laquelle nous avons plus largement fait référence dans les points précédents. Puis, le rythme de cette période rompt avec la suivante, constituée de 15 jours d'attente du résultat à la suite du transfert d'embryon. Cette attente est particulièrement anxiogène pour les femmes concernées puisque son issue indiquera la réussite du projet, ou la nécessité de recommencer le parcours, ou encore la fin du projet d'enfant s'il s'agit de la dernière tentative. L'enjeu est donc de taille pour elles.

Christina : Physiquement ça se passe très bien puisqu'une fois que c'est fait, c'est fait, il n'y a plus rien d'autre à vivre, sauf que ça déclenche je trouve chez moi une impatience, moi qui suit quelqu'un qui fait les choses, qui applique, donc attendre quelque chose sur lequel je n'ai aucun contrôle, c'est particulièrement, vu le caractère que j'ai c'est particulièrement difficile, et alors après le problème c'est que

j'essaie de ne pas tomber dans la psychose du ouh j'ai tel signe, hou je suis comme ça, houlala j'ai mal au sein gauche ça veut dire peut-être que, j'ai évité d'essayer d'être à l'écoute en permanence de mon corps pour savoir comment ça réagissait. Alors la première fois j'avais l'impression qu'il n'y avait que des signes, la deuxième fois par contre j'avais l'impression qu'il ne se passait rien, et en l'occurrence il ne s'est rien passé. (...) Après on est toujours tenté d'interpréter oh ça ça veut dire que, voilà, donc. (Entretien P4A – Ils ont tous les deux 42 ans – Durée vie commune : 3 ans – Projet d'enfant au bout de : 6-8 mois – En cours de parcours d'AMP, en attente d'un transfert d'embryon congelé après la 2^{ème} FIV avec échec)

Aurélie : Oui s'occuper l'esprit, très honnêtement aussi aller acheter les tests de grossesse qui donnent les informations deux jours avant, soit disant qu'ils disent avant le jour J, ouai parce qu'on ne sait jamais. Mais bon après c'est bien et ce n'est pas bien parce que ça permet de se préparer éventuellement avant les règles qui arrivent qui vont donner la réponse quand elles arrivent un peu plus tard, d'un autre côté il y a toujours ce petit espoir de se dire bon ok certes il est négatif mais en même temps c'est un test avancé de deux jours donc peut-être que si j'en refais un demain, puis non ça ne marche pas, bon ben peut-être que le jour J quand même. Donc oui s'occuper l'esprit et puis après il y avait aussi quand même de toute façon s'était tout le temps présent parce qu'il y avait de la progestérone pour ne pas faire de fausse couche et la progestérone me rendait malade comme ce n'est pas possible, donc tout était bien là quoi en fait, l'esprit ne s'arrêtait jamais. (Entretien P1A – Elle : 41 ans, Lui 43 ans – Durée vie commune : 2 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an - En cours du parcours d'AMP, en attente de la 1^{ère} FIV après plusieurs inséminations avec la gynécologue habituelle)

Ces témoignages montrent comment, au cours de cette période d'attente du résultat, l'esprit est focalisé sur cette seule perspective. Il est alors difficile de ne pas se laisser submerger par la tentation d'interpréter chaque ressenti du corps comme des signes tangibles du résultat de la tentative. Néanmoins, l'impatience du résultat est telle qu'il est difficile de faire abstraction de l'enjeu se jouant au cours de cette période. Pour y faire face les femmes rencontrées adoptent différentes stratégies : essayer de

s'occuper, se reposer, attendre la prise de sang ou l'arrivée des règles, ou encore anticiper le résultat par des tests de grossesse avancés comme le fait Aurélie. Mais peu importe les stratégies adoptées, l'attente du résultat se fait toujours rappeler à elles, car elle se manifeste de surcroît au sein même de leur corps : les douleurs ou changements ressentis peuvent apparaître comme des signes d'un éventuel début de grossesse, l'intolérance à la progestérone rappelle à Aurélie qu'un embryon est potentiellement en train de s'implanter en elle. Ces phases d'attente sont d'autant plus difficilement vécues par les femmes interrogées qu'elles sont dans une « course contre la montre », marquée par l'inaltérable diminution de leur fertilité. Ainsi, chaque nouvelle tentative suivant un échec risque de comporter moins de chances de réussite que la précédente.

b. Les risques professionnels

Une autre difficulté importante du parcours d'AMP est liée au fait qu'il empiète sur le temps professionnel. Le nombre de rendez-vous pour les examens ou actes médicaux est tel que cela nécessite une grande disponibilité, bien souvent difficile à aménager en parallèle de l'exercice d'un métier. Les rendez-vous médicaux impliquent de devoir gérer des retards, des absences, des prises de congés. Certaines enquêtées ont pu plus facilement s'en accommoder que d'autres, selon leur statut ou activité professionnelle. Mais de manière générale, faire concorder les multiples agendas relève du défi pour l'ensemble d'entre elles.

Enquêtrice : Dans votre cas, vous me disiez que là vous avez pris une demi-journée pour venir. Vous faites ça à chaque fois, vous prenez une demi-journée ?

Cécilia : *Pas à chaque fois, quand c'est... Quand le rendez-vous est suffisamment tôt, quand je suis 1ere, 2e, ça va, j'arrive... si le médecin n'est pas en retard ou arrive suffisamment tôt, j'arrive au travail vers 10h moins le quart, ça passe. Après, je récupère sur la semaine, je fais un peu plus d'heures et puis... même si je ne pointe pas, c'est plus une obligation morale. J'ai un peu de mal à venir travailler 6 heures un jour et puis... Voilà, je suis un peu vieille école pour ça. Sinon, oui, c'est toute une organisation qui est compliquée. J'ai l'impression de courir pendant 15 jours quoi. Donc, alors là ça va, j'ai pu poser une demi-journée mais je ne sais pas la*

prochaine fois... De toute façon il n'y aura pas le choix, je la prendrai cette demi-journée, je me débrouillerai mais... c'est vrai qu'en plus en ce moment professionnellement je suis sur un projet qui me prend pas mal de temps, donc c'est compliqué. C'est compliqué mais c'est prioritaire, donc je m'arrange. (Entretien P11B – Elle : 43 ans, Informaticienne – Lui : 50 ans, Ingénieur réseau – Durée vie commune : 15 ans – Projet d'enfant au bout de : 13 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente 2^{ème} et dernière FIV compte tenu de son âge)

Le témoignage de Cécilia montre que le suivi du parcours d'AMP nécessite de réaliser des « arrangements » avec le milieu professionnel (Pailhé et Solaz, 2009 ; Hertzog, 2016). La juxtaposition des temporalités médicale et professionnelle rend cette difficulté inévitable. Ces « arrangements » ne concernent pas le parcours d'AMP qui est alors l'investissement principal et prioritaire, mais le travail. Ils peuvent se faire vis-à-vis de soi (par rapport à l'« obligation morale » d'être investi dans son travail), ou encore vis-à-vis de ses employeurs ou de ses collègues de travail.

Christina : Ce qui est plus contraignant pour moi, même si j'ai une direction et une hiérarchie qui est adorablement conciliante, c'est de venir tous les 3 jours au centre pour l'échographie, la prise de sang, voilà, c'est hyper hyper hyper difficile de pouvoir tout le temps arriver au boulot en disant ben voilà ce matin je suis arrivée avec 2 heures de retard, dans 3 jours ça risque d'être pareil parce que je suis re-convoquée. Par exemple mon mari sa direction s'en fout royalement, ne veut pas toujours entendre. Quand il faut qu'il vienne avec moi, là pour la prochaine il m'a déjà dit qu'il posait un jour de congé. (Entretien P4A – Ils ont tous les deux 42 ans – Elle : Professeure en lycée – Lui : Comptable – Durée vie commune : 3 ans – Projet d'enfant au bout de : 6-8 mois – En cours de parcours d'AMP, en attente d'un transfert d'embryon congelé après la 2^{ème} FIV avec échec)

Les arrangements sont plus ou moins faciles à réaliser selon que la hiérarchie professionnelle est « conciliante » ou non. Par ailleurs, le type de profession (à son compte ou non), ou le statut au sein de l'entreprise (cadre ou employé), rend également la réalisation de ces « arrangements » avec l'agenda professionnel plus ou

moins difficile. La simplicité ou non de la mise en place de ces arrangements dépend aussi du fait d'avoir informé l'entourage professionnel du parcours ou d'avoir préféré en garder le secret. Sur ce point, différentes situations apparaissent.

La plupart des femmes interrogées souhaitent garder le parcours d'AMP secret, considérant qu'il relève de l'intime et du personnel, et ne voulaient pas qu'il soit dévoilé dans le milieu professionnel. En outre, certaines considèrent que ce parcours dévoile quelque chose de négatif de leur personne puisqu'il montre une forme d'échec, celui de la procréation. S'ajoute à cela, le fait que le parcours d'AMP annonce par avance une maternité à venir, qui est encore souvent mal perçue dans certains milieux professionnels. En gardant le secret, elles souhaitent ainsi se préserver de tout jugement pouvant provenir de leurs collègues et supérieurs, pas toujours proches d'elles. Néanmoins, dans la plupart des cas, ce secret a difficilement pu être maintenu.

Mounia : On en vient cette fois-ci au thème de la grossesse, ça fait peur dans les entreprises, il faut dire ce qui est. Donc, ce n'est pas tant la FIV en elle-même, c'est plus les conséquences potentielles, la grossesse, etc., qui peut faire peur aux gens qui me managent. Donc ça, c'est pour ça que j'ai évité d'en parler. Il y en a un qui m'a posé la question franchement, on est ce qu'on appelle en management de proximité, qui m'appelle plus souvent que les autres, qui m'a posé la question franchement. Je lui ai répondu franchement.

Enquêtrice : La question franchement, c'était : « est-ce que vous essayez d'avoir un enfant » ?

C'est quoi tous ces examens médicaux ? Parce que les arrêts médicaux, à force ça commence à se voir au bout d'un moment et puis je préviens toujours un mois avant qu'il va y avoir une semaine d'arrêt vers telle zone mais que je n'ai pas les dates précises... Enfin, pour une petite opération... mais au bout d'un moment : « mais c'est quoi cette opération ? » Alors bon, je préfère ne pas cacher... en plus je suis quelqu'un qui a beaucoup de mal à mentir donc je préfère dire la vérité et puis voilà. Donc, voilà, ça n'a pas semblé lui poser de problème. Bon après, je suis quelqu'un qui aime bien son travail, qui suis réputée comme fiable quand même par le retour qu'ils ont de mes clients, donc je pense qu'ils savent que ce n'est pas parce que je serai enceinte ou maman que je n'arriverai plus à m'organiser pour absorber le travail. (Entretien P8A – Elle : 42 ans, Ingénieure informatique – Lui : 40 ans, Ingénieur

informatique – Durée vie commune : 11 ans – Projet d'enfant au bout de : 9 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente de la 4ème et dernière FIV)

Émilie : Et à mon employeur, je ne voulais pas du tout en parler mais un jour j'ai été obligée parce que pour des raisons, ça faisait plusieurs fois qu'il voulait m'envoyer à l'étranger pour une rencontre professionnelle, une autre fois pour une autre raison, mais pareil, toujours pour des raisons professionnelles, et le problème du parcours en PMA c'est qu'on ne sait jamais à 15 jours ce qu'on va faire. C'est impossible de savoir : est-ce qu'on va ovuler, pas ovuler, est-ce qu'il va y avoir une ponction, est-ce qu'il va y avoir un transfert, est-ce qu'il va y avoir les règles, est-ce qu'on va commencer un traitement ? Bon, donc du coup j'avais refusé une première fois un voyage, un déplacement professionnel, ils ont pris ça pour une démotivation, pour un manque de... et là, la 2^{ème} fois, j'avais dit oui au déplacement professionnel. Je pensais que ça allait juste tomber entre... au bon moment, en calculant je ne sais pas comment, et finalement c'est mal tombé... et ça, je ne l'ai su que 15 jours avant. Le jour où j'ai eu mes règles, j'ai su que ça n'allait pas bien rentrer dans le planning et c'était au Canada, en plus c'était un voyage lointain. Ou alors, je venais de faire un transfert, oui c'est ça je crois, je venais de faire un transfert et je me suis rendue compte que le résultat du transfert allait tomber alors que je serais au Canada, et je n'ai pas voulu prendre de risque, de me dire : « ça fait deux ans que je suis là-dedans, imagine que ce soit positif, je vais faire un long voyage et tout ça ». Ce n'était pas raisonnable, enfin moi je ne le considérais pas raisonnable. J'ai annulé et là je me suis sentie obligée de le dire à une des personnes à mon travail, un des chefs à mon travail. Voilà, même si je n'avais pas envie, je me suis dit : « il vaut mieux que je dise quand même un peu les choses ».

Enquêtrice : Est-ce que ça a simplifié du coup...

Non, pas vraiment, non.

Enquêtrice : Et vous ne vouliez pas le dire pour quelle raison ?
Je ne voulais pas le dire parce que, bon c'est déjà quelque chose de très personnel et puis en plus, quand on parle de ça, en fait on parle d'échec, et ça on n'a pas forcément envie, puisqu'on essaie de faire et qu'on n'y arrive pas, et c'est tellement personnel qu'on n'a pas trop envie... Et puis, on n'a pas envie d'être plaint, on n'a pas envie de, et puis on n'a pas envie d'en parler avec ces personnes-là. Le fait de l'expliquer

ça ouvre une discussion qu'on n'a pas envie d'avoir avec certaines personnes... et encore moins au travail, où en plus, du coup on parle d'échec encore une fois. Donc, je n'ai pas du tout envie du tout de parler de ça avec mes employeurs. Et en plus, un de mes chefs est assez misogyne donc je pense qu'il aurait très bien pu prendre ça pour s'en servir de manière négative, quoi. Et donc, voilà, je n'avais pas du tout envie... (Entretien P1B – Elle : 41 ans, Assistante programmation musicale – Lui : 30 ans, Graphiste – Durée vie commune : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 2 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente d'une 4^{ème} et dernière FIV et en cas d'échec recours au don d'ovocyte en Espagne prévu)

Noëlle : Oui voilà je l'ai dit dès le départ, sauf pour cette dernière où c'était pendant mes congés, donc là je n'en ai parlé à personne. C'était mon histoire ça ne regardait personne. Oui j'en ai parlé alors c'est, vous savez c'est ce côté quand on travaille dans un milieu féminin où c'est genre solidarité féminine on comprend pour ensuite bien se faire casser les pattes. C'est que moi j'ai une patronne qui est très très carriériste, très ambitieuse, très à fond à fond, c'est une pile électrique, c'est, elle a un côté qui n'est pas humain des fois vous voyez. Et si vous voulez il n'y a que le travail, il n'y a que le travail, alors là on est sorti de 2 arrêts maternité qui ont eu lieu en même temps, donc moi j'ai tout donné pendant que les filles étaient en maternité, j'ai bossé comme une tarée tout ça. Et en fait elle est toujours dans le reproche, on n'en fait jamais assez. Donc si jamais il y a un problème personnel qui se greffe sur l'efficacité professionnelle, elle va le reprocher, c'est systématique. Voilà. Donc là par exemple quand j'ai fait la ponction de la FIV1-Bis, j'étais tellement fatiguée, parce que ça m'a crevé, les piqûres, bon je n'ai pas eu mal sur le plan physique, mais les transports, le boulot, les piqûres d'hormone, j'étais exsangue quand je suis arrivée à la ponction, j'avais 8 de tension. J'étais crevé. Donc effectivement j'ai eu un arrêt maladie qui correspondait à mon état. Donc j'ai eu 9 jours d'arrêt maladie, donc en fait j'ai eu en gros 15 jours d'absences quand même. Ça a été un drame. Je le sais, elle ne me l'a pas dit à moi mais je le sais. Un drame en disant que c'était une trahison, qu'on ne prend jamais 15 jours d'arrêt maladie pour une FIV que c'est pas vrai, que je mens, voyez. Ça a été compliqué, et quand je reviens d'arrêt maladie, donc en suite de cette FIV, et que je vois que mes chères collègues de travail, ont laissé, comme

elles amènent les bébés au bureau, ont laissé trainer les doudous, les bébés à côté de mon bureau, le transat du bébé posé sur mon bureau, je me suis dit à un moment donné c'est pas possible c'est fait exprès, c'est tellement grossier que c'est fait exprès. Donc j'ai vécu une après FIV très compliquée, où pendant 3 semaines je me suis carapaté, renfermée sur moi je ne parlais plus à personne, j'étais limite odieuse, je ne pouvais pas, je ne pouvais pas. Donc là voilà, pour vous dire que c'est la dimension, l'articulation boulot et FIV qui est compliqué à gérer. On culpabilise parce qu'on se dit putain si jamais, je ne veux pas qu'elle me reproche mais en même temps on est susceptible d'avoir un embryon qui prend dans le ventre donc il ne faut pas prendre de risques, c'est pfffff, com-pli-qué. Psychologiquement très compliqué. (Entretien P2A – Elle : 40 ans, Assistante juridique – Lui : 37 ans, Cuisinier – Durée vie commune : 4 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – Fin du parcours intraconjugal après 3 FIV, a proposé son dossier pour un don d'ovocyte en France)

Les enquêtées n'ont parlé de leur parcours d'AMP que lorsqu'il leur a semblé ne pas en avoir le choix. Lorsque les actes médicaux tombaient dans des périodes de congés, alors elles ne les partageaient pas. Il ne s'agissait pas pour elles de tenir informer leurs collègues de l'avancée de leur parcours, de partager leur expérience, mais de justifier uniquement lorsque cela était indispensable les absences ou décisions pouvant apparaître comme une démotivation professionnelle.

D'autres témoignages montrent que l'annonce du parcours d'AMP dans les milieux professionnels publics de l'enseignement et de la santé semble mieux acceptée que dans le secteur privé et ainsi plus facile à dévoiler. Néanmoins, les difficultés observées dans le milieu privé ne sont pas homogènes, elles sont aussi dépendantes du statut occupé au sein de l'entreprise. Dans le cas d'Aurélië par exemple, cadre en ressource humaine dans une très grande entreprise, elle n'avait pas à justifier ses absences liées au parcours d'AMP à un supérieur. Toutefois, elle a quand même fini par parler de son parcours à son équipe, afin de leur expliquer ses absences, répondant ainsi également à une forme d' « obligation morale », non auprès de ses supérieurs, mais auprès de ses collègues.

Néanmoins, quelques-unes des enquêtées ont réussi à maintenir le secret du parcours au sein de leur milieu professionnel. C'est le cas de Lucile, officier de police,

qui ne souhaite pas aborder ce sujet avec ses collègues, tous masculins. Elle explique que dévoiler ce parcours nuirait à son statut de femme devant faire sa place dans un monde professionnel d'hommes où la virilité est exacerbée. Ainsi, elle ment pour justifier ses absences liées au parcours et lorsqu'elle travaille tard, se fait les piqûres pour le traitement hormonal en cachette, sur son lieu de travail.

Quant à Danielle, employée dans une banque, il lui semble inconcevable de dévoiler son parcours d'AMP et ment à ses collègues pour expliquer ses absences.

Danielle : *Donc en général si j'étais la 1^{ère} ou la 2^{ème}, à 8h15-8h30 j'étais sortie et je suis à ¼ d'heure en voiture, donc j'arrivai au travail avec un peu de retard bon je disais que j'amenais mon fils à l'école ça passait.*

Enquêtrice : *Parce qu'au travail vous ne leur avez pas dit ?*

Ah non, ça ne va pas non ! Ah non. Alors vous êtes une femme vous essayez d'avoir un enfant et en plus par FIV non mais vous allez être déclassée, vous êtes. Je me rappelle quand je me suis mariée, tous les mois on se demandait si j'annonçais que j'allais être enceinte.

Enquêtrice : *Ah oui vous ressentez...*

Une pression énorme. Ah oui. Du boulot. Dès que vous vous mariez que vous êtes une femme, je me suis mariée à 30 ans houlaaa. Je me rappelle parce que ma collègue de travail qui avait 40 ans qui était célibataire qui est tombé enceinte et ma directrice a dit « oh mais moi je croyais que c'est [Danielle] qui allait avoir un enfant et c'est vous, mais [Danielle] aussi alors ! ». (...)

Enquêtrice : *Et donc vous avez eu à mentir quand même pour justifier des retards. Oui un petit peu oui. Qu'est-ce que vous disiez en général ?*

Des conneries. J'ai amené mon fils à l'école, j'ai vu la directrice, j'ai eu un problème de voiture, voilà des conneries, des conneries parce que des fois je faisais prise de sang, écho je parlais mais des fois non, des fois elle voulait me revoir, fallait que j'attende donc des fois je ne parlais pas forcément. Des fois si j'arrivais à 6h15 qu'il y avait déjà 3, 4 personnes je savais que je n'allais pas sortir avant 9h du mat. Donc voilà. Mais ça va, moi si vous voulez je travaille dans un service interne, je n'ai pas à faire à la clientèle, c'est des trucs, je ne suis pas au badge, enfin voilà, comme si vous travaillez je ne sais pas au Macdo, si vous n'êtes pas là à 8h qu'il y a le client, voilà. Ou moi par exemple je travaille dans une banque, ceux qui travaillent en agence il faut qu'à 8 heures ils soient là pour

qu'à 8h15 ça ouvre il y a un guichet de moins sinon. Moi non, moi je fais un boulot, je suis dans un bureau, donc c'est moins, si vous voulez moi il n'y a pas d'impact. Mais c'est vrai que par exemple quand j'avais des gens qui me mettaient des réunions à 9 heures et tout, j'étais enquinée. Donc j'essayais de gérer, déjà de ne pas les mettre avant 9h30 quand je savais que j'allais avoir le traitement, voyez vraiment des trucs... Et surtout c'est que je ne pouvais pas les prévenir à chaque fois quand j'allais me mettre en maladie, et donc chaque fois j'ai du mentir aussi. Alors j'ai de gros problèmes de dos hein, de gros problèmes de dos, régulièrement, là depuis 2 ans, voilà, gros problèmes de dos (elle rigole). Ah je ne pouvais pas leur dire que j'avais une ponction, j'ai des problèmes de dos (en riant). (Entretien P6A – Elle : 40 ans, Conseillère dans une banque – Lui : 41 ans, Infographiste – Durée vie commune : 11 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an pour le 1^{er} enfant et 9 ans pour le 2nd – Fin du parcours d'AMP, en cours de grossesse)

Mis à part dans ces deux situations où les enquêtées réussissent à garder le parcours d'AMP secret, non sans difficultés, la plupart ont ressenti une « *obligation morale* » à devoir le révéler dans leur milieu professionnel. Les absences et retards répétés, les refus de se lancer parfois dans de nouveaux projets plus prenant, incompatibles avec l'investissement dans le parcours d'AMP, engendrent une attitude professionnelle souvent jugée négative. Ainsi, pour ne pas que leur emploi ne pâtisse pas de cette situation, elles se trouvaient forcées de parler de leur parcours afin de justifier leur comportement, qui pouvait être perçu comme une forme de désinvestissement professionnel. Cette « *obligation morale* » était plus ou moins prégnante selon les milieux professionnels et statuts occupés.

Au final, secret gardé ou non, toutes doivent s'arranger tant bien que mal entre les obligations inhérentes au parcours d'AMP et l'agenda professionnel. Ces « arrangements » sont plus ou moins difficiles selon l'organisation des centres d'AMP. Par exemple au sein du centre A, lors du traitement hormonal, les femmes ont la possibilité de venir réaliser leur échographie et prise de sang de suivi tôt le matin, à partir de 6h00, ce qui leur permet d'éviter que le parcours médical n'empiète sur leurs

horaires de travail. Si cette possibilité est accommodante pour l'organisation des femmes, elle n'est en rien facile pour autant.

Les jours les plus difficiles c'est quand il faut y aller à 5 heures du matin, qu'il faut se lever à 5 heures, qu'il faut être là-bas à 6 heures, 6 heures 10 pour être la première à passer. Pour aller faire les prises de sang et les échos. Parce qu'après moi je pars bosser jusqu'à 8 heures du soir. Plus on y va tard, plus on sort tard. Première arrivée, première servie. Donc moi je voulais toujours être la première pour sortir le plus tôt possible, pour être sûre d'être à l'heure au boulot et faire ma journée. Ah ce jour-là le soir il ne fallait pas m'en demander. Déjà le midi, j'avais une heure de pause, je dormais une demi-heure. Et le soir il ne fallait rien me demander, parce que debout à 5 heures moi, en plein hiver, hola. (Entretien P3A – Elle : 42 ans et 11 mois, Vendeuse – Lui : 46 ans, Gardien d'immeuble – Durée vie commune : 2 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 mois – Fin du parcours d'AMP : enceinte après la 2ème FIV)

Bien que contraignant à des journées éreintantes, ce système permet néanmoins à celles qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas différer leur temps de travail, ou prendre des congés, d'articuler les temporalités médicale et professionnelle.

Au sein du centre B, ce suivi du traitement hormonal a lieu tous les matins de 8h30 à 12h30, empiétant ainsi inévitablement sur les horaires de travail. De plus, les retards fréquents des médecins gynécologues ne facilitent pas l'organisation des femmes ou des couples lorsqu'ils viennent à deux.

Je pose des journées de congé quand j'ai des demi-journées à poser, sinon j'ai pris 1h1/2 ce matin, je finirai 1h1/2 plus tard ce soir. Et sinon, je prends des heures. C'est pour ça que c'est difficile. Quand ils ont 2 heures de retard, on pourrait ne pas poser d'heures, et en fait on est obligé d'en poser parce qu'elles ont décidé d'arriver 1 h en retard. C'est... mais bon, on ne dit rien parce que comme on a besoin d'eux, ben voilà. Ça c'est vraiment dur quoi. Et ce matin c'était encore... C'est systématique, c'est un truc de fou quoi. Moi je peux comprendre que mon docteur, si je viens en fin d'après-midi, elle ait une heure de retard, une heure et demie, c'est la fin de la journée. Mais quand on a rendez-vous à 8 heures et demi et qu'il y a des rendez-vous toutes les 5 minutes, c'est un truc déjà

irréel, quand j'ai vu ça la dernière fois j'ai fait d'accord ok. Et que le médecin de toute façon, n'arrive pas à 8h1/2 à son premier rendez-vous mais arrive à 9h1/2 comme ce matin, ça veut dire qu'il y a... je ne sais pas moi, ça fait combien, il y a 12 personnes devant nous. Donc évidemment, ce n'est même pas une heure de retard, parce que ça ne passe pas en 5 minutes. C'est... je trouve ça dégueulasse quoi. Moi, je suis kiné, je ne mets pas 1h1/2 de retard, ça je n'arrive pas à comprendre quoi. Il s'excuse, mais oui, mais bon il s'excuse. Enfin, je veux dire, c'est anormal. On prend plein de temps, on vient, c'est normal on est engagé, oui on veut des enfants, d'accord, mais je ne sais pas quoi... et c'est tout le temps. Des fois, enfin bon, voilà c'est comme ça. Mais c'est vraiment. Là ce matin, j'ai failli dire quelque chose mais je me suis dit voilà. Mais c'est super énervant quoi. 1h1/2, mon compagnon qui lui est libéral, moi je suis salariée, ça va, je finis plus tôt. Quand je prends des rendez-vous à 4h1/2, j'ai fini ma journée. Lui, il vient de Gardanne, si on lui disait c'est 6 h ce serait super. On lui dit 4h et on passe à 6h1/2 quoi. Voilà donc, c'est un peu rude quoi. Lui, en fait il est payé à l'heure, comme il est freelance. Donc, en fait voilà il vient à 4h, il bosse que 5 heures, et puis il attend à rien faire jusqu'à ce qu'on passe quoi. Donc c'est vrai que c'est dur quoi et c'est vrai que c'est pénible parce que c'est super... on arrive, on en a ras le bol donc déjà... C'est pas qu'on perd confiance dans les médecins qui sont là-bas, mais des fois c'est un peu... et quand on est pris 5 minutes, on se dit : « ouais, super. Et je n'ai pas compris ça, je n'ai pas compris ça... » Et après il me dit : « mais il faut que tu poses des questions », ben oui mais il faut prendre, on est devant, on dit ben oui elle nous a tout dit, et en fait non, et on n'a pas le temps de poser la question et voilà. (Entretien P4B – Elle : 41 ans, Kinésithérapeute – Lui : 43 ans, Ingénieur – Vie commune depuis : 2 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – Au début du parcours d'AMP, en cours de stimulation en attendant la 1^{ère} FIV)

Ce témoignage de Géraldine, loin d'être unique, montre des situations souvent vécues comme une forme de non-respect de la part des gynécologues envers les patient.e.s. Cette longue attente, liée au retard du médecin gynécologue, qui de surcroît accorde peu de temps à la consultation, génère une certaine frustration chez les femmes. Laura explique que cette situation d'attente détériorait l'échange lors de la consultation et

comme Géraldine, elle avait ensuite des difficultés à poser les questions qu'elle avait préparé, se trouvant dans un état second lié à cette longue attente imposée.

Cette impossibilité à évaluer le temps que prennent les rendez-vous en raison des retards des gynécologues contraint les femmes à devoir lutter davantage pour harmoniser leurs agendas médicaux et professionnels. Cette difficulté ne semble pas prise en compte par les médecins ayant des retards importants et répétés. Pourtant, les femmes rencontrées ne s'en plaignent pas auprès d'eux. Elles tentent de s'ajuster tant bien que mal, et ne disent rien de peur que cela ne pénalise l'avancée de leur parcours.

Au final, comme le dit Françoise ci-après, le plus simple serait de ne pas travailler.

Il y a tellement d'examens à faire, je ne voulais pas rater l'emploi pour aller faire tous les examens, ce n'est pas possible. Déjà que là, maintenant que je suis dans la FIV et tout ça, j'arrive souvent en retard au travail à cause de ça, en fait il ne faudrait pas travailler pour faire un truc pareil.
(Entretien P6B – Elle : 41 ans, Accompagnatrice à l'emploi – Lui : 38 ans, Responsable d'une agence commerciale – Vie commune depuis : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – En cours de parcours d'AMP, en cumul ovocytaire en attente de la 1^{ère} FIV)

Irène-Lucile Hertzog ayant réalisée sa thèse de doctorat en sociologie sur cette articulation entre parcours d'AMP et activité professionnelle des femmes, montre que les difficultés que doivent affronter les femmes sont inhérentes à la division sexuée du travail productif et reproductif dans notre société (2016). Les tâches procréatives sont invisibilisées et ne trouvent guère de justification au sein du milieu professionnel. Pour articuler ces temporalités difficilement conciliables, les femmes développent différentes stratégies « de dissimulation », « d'évitement » ou encore de dévoilement du parcours d'AMP dans la sphère professionnelle (*Ibid.*). Mais quelle que soit la stratégie qu'elles déploient, elles se mettent en « danger professionnellement » (*Ibid.*). Un fort investissement simultané dans le parcours d'AMP et dans la profession étant irréalisable, c'est leur engagement professionnel qui en pâtit au cours de cette période.

c. Les risques conjugaux

Estelle : C'est sûr que ça change beaucoup de choses et c'est très dur dans un couple, parce que les hommes ne comprennent pas non plus. Vous êtes sous hormones tout le temps, c'est vrai que ce n'est pas toujours facile, c'est comme si vous aviez vos règles en permanence en fait. Vous êtes hyper tendue, vous supportez moins bien les choses, c'est voilà... et puis effectivement c'est le système où, eux n'ont rien à faire, et vous quelque part, vous vous piquez tout le temps, vous bouffez des trucs à longueur de temps. Donc, c'est vrai que parfois il y a un trop-plein, on explose parce qu'on se dit qu'effectivement, ce n'est pas juste quoi ! Puis, en plus, la personne en face de vous elle vous regarde en ne comprenant pas ce qui vous arrive. Donc, c'est là où effectivement il faut être solide au niveau du couple, c'est... Encore que quand c'est des inséminations, des FIV, il y a le recueil, on est beaucoup plus souvent en couple. Quand c'est une stimulation, c'est quand même barbare, il faut avoir un rapport tel jour... voilà. Nous, heureusement, ça ne nous est pas trop arrivé, ça nous arrive juste là mais c'est vrai que ce n'est pas simple à vivre. C'est... il faut être vraiment solide oui, je pense, il faut communiquer, il faut expliquer. Moi je dis souvent à mon mari : « attends, je n'en peux plus, tu ne vois pas la dose d'hormones, je suis fatiguée, je suis stressée, je suis tendue, je suis peut-être à fleur de peau mais il faut que tu comprennes aussi qu'il n'y a rien de simple, que je suis en surdosage, que... voilà c'est comme si j'avais mes règles à plein temps et... » C'est vrai, je pense qu'il faut être vraiment solide pour envisager ces choses-là. (Entretien P7B – Elle : 43 ans, Lui : 45 ans – Durée vie commune : 3 ans – Projet d'enfant au bout de : 1^{er} mois – Fin parcours d'AMP après inséminations, poursuit naturellement avec stimulation ovarienne)

Comme en témoigne cet extrait introductif, le parcours d'AMP affecte aussi la relation entre les membres des couples qui y sont engagés. La pénibilité des traitements, actes médicaux, la souffrance physique, psychologique, le stress, la fatigue, et les différences d'investissement entre hommes et femmes ont nécessairement des répercussions dans la vie des couples dont la solidité est mise à épreuves. Afin de les

surmonter, les couples déploient là encore différentes stratégies. Alors que certains s'unissent davantage pour affronter les difficultés, tentent de surmonter les problèmes à deux, en valorisant l'implication du compagnon ; d'autres favorisent la séparation des tâches procréatives et la différence d'implication. Dans les deux cas, le but de la stratégie déployée est le même : entretenir le couple et assurer son maintien.

Des couples soudés pour affronter les difficultés du parcours d'AMP

Les obstacles que les couples ont à surmonter sont principalement liés au fait que l'essentiel des techniques médicales ont lieu sur le corps des femmes (Hertzog, 2016) et qu'elles en subissent principalement les conséquences physiques, psychologiques, professionnelles et sociales. Face à cette asymétrie, certains compagnons des enquêtées s'impliquent fortement, sans pour autant pouvoir être présents à toutes les étapes du parcours. Leur implication ne peut effectivement être équivalente à celle des femmes en toutes situations, ce que comprennent les enquêtées qui n'attendent pas d'eux qu'ils soient par exemple présents aux examens ne concernant qu'elles, notamment quand cela risque aussi de mettre en péril leur emploi professionnel.

L'implication des hommes prend différentes formes. Les femmes rencontrées mettent en avant dans leurs discours différentes attitudes ou actions de la part de leur compagnon pour présenter leur participation au parcours d'AMP et l'effort pour surmonter les difficultés. Pour certains cela passe par une communication forte.

Marie-Claire : Alors... je crois vraiment que je peux dire que je suis très privilégiée. J'ai un homme qui m'accompagne, qui est juste un homme extraordinaire. Et, je crois qu'on a cette force... je touche du bois... de s'appuyer sur le fait de communiquer, et de ne pas attendre quand les choses peuvent à un moment donné être compliquées. (...) Bon... j'ai un homme qui m'accompagne et qui, en tout cas, est dans cette capacité d'écoute et d'accueil de tout ça. Donc, on en a beaucoup parlé. On a passé des heures et des heures et des heures à parler de tout ça. Et je suis persuadée que c'est ce qui fait qu'aujourd'hui, on avance encore ensemble. Parce que vraiment, il y a des moments où pour un couple, c'est

vertigineux. C'est vraiment vertigineux. Ça pousse à bout quoi. Il y a un endroit où on est poussé au bout de quelque chose. Et alors oui aujourd'hui on en sort renforcé, en tout cas, je... on demeure très amoureux et très proche et très heureux d'être ensemble mais... c'est une vigilance de chaque instant. Vraiment. On peut vite... je crois qu'on peut vite se perdre. (Entretien P12B – Elle : 40 ans et 5 mois, Lui : 39 ans – Durée vie commune : 8 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – En cours de parcours d'AMP depuis 6 ans, en attente du transfert d'un embryon congelé suite à une FIV en don d'ovocyte en Espagne ayant échouée)

Marie-Claire présente son couple comme étant une entité soudée face au parcours d'AMP et ses épreuves. Elle qualifie son couple comme étant harmonieux, reposant sur une implication équilibrée de ses deux membres et une communication forte autour du parcours d'AMP, assurant ainsi une certaine stabilité au sein du couple malgré les épreuves traversées.

Quant à Christina, elle explique que si son compagnon communique peu sur ses difficultés, pour autant il porte le couple vers l'avant dans le parcours d'AMP en restant optimiste.

J'ai un époux qui est très présent physiquement mais qui verbalise peu, donc... Alors d'un certain côté il est super confiant, euh, quand moi je suis, non lui il y croit, il est à fond, lui ça va marcher, d'une façon ou d'une autre, lui il est sûr, je ne sais pas à quoi il croit d'ailleurs, lui ça va marcher, d'ailleurs il est persuadé qu'on va en avoir, il m'a dit FIV ou pas FIV on aura des enfants, ok. Donc lui c'est bon, à fond les ballons, après, il ne parle pas de sa souffrance ou de sa frustration ou, donc ça par contre je ne sais rien du tout. Enfin je ne sais rien du tout, j'ai beau lui poser des questions, je me doute bien qu'il souffre, l'échec il a du mal à le vivre aussi, mais lui il le vit psychologiquement, donc je pense qu'il souffre davantage de me voir souffrir moi, je, je, enfin là j'interprète je ne sais pas du tout quoi, je suppose que ça se passe comme ça, je sais qu'il n'est absolument pas indifférent attention hein, il ne me dit pas « c'est pas grave on s'en fout », pas du tout, pas du tout. Mais je ne sais pas s'il essaye de ne pas se laisser submerger en se disant bon si je chiale aussi on ne va pas s'en sortir mais, à part ça, non, je sais qu'il ne le vit pas super bien non plus. (Entretien P4A – Ils ont tous les deux 42 ans – Durée

vie commune : 3 ans – Projet d'enfant au bout de : 6-8 mois –
En cours de parcours d'AMP, en attente d'un transfert
d'embryon congelé après la 2^{ème} FIV avec échec)

Au sein de ces deux extraits, les compagnons sont dépeints comme des soutiens moraux face aux difficultés du parcours d'AMP, permettant au couple de les surmonter. D'autres s'impliquent différemment, en participant par exemple à certains actes médicaux.

Mounia : Ce qui était sympa sur la première, c'est qu'on n'avait que des hormones, du début jusqu'à la fin, qui s'injectaient en sous-cutanée. Donc c'est J. qui me faisait les piqûres. Ça, c'était sympathique et en plus, du coup, il participait enfin voilà. (Entretien P8A – Elle : 42 ans, Lui : 40 ans – Durée vie commune : 11 ans – Projet d'enfant au bout de : 9 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente de la 4ème et dernière FIV)

Le compagnon de Mounia, en faisant les piqûres du traitement hormonal, s'est donné un rôle supplémentaire lui permettant de participer davantage au parcours d'AMP.

D'autres entretiens encore témoignent de la volonté des hommes d'être impliqués bien que cela ne puisse se concrétiser par un investissement équivalent entre homme et femme dans le parcours. Par exemple, le compagnon de Danielle prend l'initiative de faire garder leur premier enfant afin de pouvoir l'accompagner aux rendez-vous médicaux. Clarisse explique quant à elle que son compagnon ne peut pas se libérer facilement de son nouvel emploi pour lequel il est encore en période d'essai, de ce fait ils communiquent en temps réels par texto lors des examens et actes médicaux auxquels elle se rend seule. Quant à Samantha, son compagnon, inquiet pour elle vis-à-vis de tout ce qu'elle endure et des effets secondaires du traitement hormonal, prend des congés pour pouvoir s'occuper d'elle pendant ces périodes.

Par ces différentes stratégies, hommes et femmes tentent de trouver un certain équilibre au sein du couple mis à mal par le parcours d'AMP. Ils se montrent soudés face aux difficultés, au prix d'efforts constants.

Des couples désunis face aux difficultés du parcours d'AMP

Toutefois, toutes les femmes rencontrées n'ont pas témoigné avoir un compagnon impliqué dans le parcours d'AMP. Certaines ont réalisé la plupart des différentes étapes du processus médicalisé seules, leur compagnon n'intervenant que lorsque cela était indispensable et parfois, sans grande volonté (Rozée et Mazuy, 2012). Dans quelques situations, ce désinvestissement du parcours est lié à un désinvestissement même du projet parental. Dans d'autres situations, les femmes ont expliqué le désinvestissement de leur compagnon en faisant référence aux stéréotypes de genre de notre société, selon lesquels les femmes sont principalement attachées aux domaines du médical et de la reproduction qui ne concernent guère les hommes. Préserver le couple consistait dans ces cas à accepter l'asymétrie d'investissement dans le parcours et affronter seules ses difficultés.

Caroline : Les hommes se sentent impliqués, se sentent impliqués différemment mais... c'est comme dans une grossesse. On va dire : « oui mais c'est la femme qui porte l'enfant pendant 9 mois » oui mais enfin l'homme il le porte autrement donc... Non, ça dépend des hommes. Il y a des hommes qui sont vraiment présents et il faut que l'homme, par contre, soit présent quand la femme a besoin de parler et c'est là où par contre, le bât blesse, c'est que, une femme quand elle est dans un parcours comme ça, elle est tellement fragilisée qu'elle ne parle que de ça. Et que l'homme il n'en peut plus au bout d'un moment et... donc effectivement là, ça joue un effet néfaste sur le couple. Nous, il y a eu des fois où vraiment je me disais, le sujet, je sais d'avance de quoi on va parler au souper, quoi. Donc, c'est vrai que ça, il faut faire gaffe, parce que c'est vrai que ça mine un peu certains couples. Nous ça a été compliqué à un moment donné parce qu'il en avait marre qu'on parle de ça. Donc, j'ai consulté du coup la psychologue de la PMA pour justement, pour en parler à quelqu'un, parce que quand même j'avais besoin, et pour que ça ait moins de prise sur notre couple à nous. (Entretien P9B – Elle : 40 ans, Lui : 39 ans – Vie commune depuis : 3 ans – Projet d'enfant au bout de : 6 mois – En cours de parcours d'AMP, en attente des résultats de la 3^{ème} FIV)

Les difficultés liées au parcours d'AMP, la rigueur qu'il nécessite et sa longueur peuvent conduire à ce que la vie du couple ne tourne principalement plus qu'autour de cette expérience (Jumel-Lhomme, 2013). Lorsque cela est davantage le cas d'un des deux membres du couple, qu'un des deux souhaite en parler plus que l'autre, qu'un des deux est davantage impliqué, alors le couple peut être en danger. C'est dans ces situations que plusieurs enquêtées ont mené leur parcours de manière plus solitaire, afin de préserver la relation avec leur conjoint. Pour satisfaire son besoin d'en parler, Caroline, comme cinq autres des enquêtées, a décidé de consulter régulièrement un psychologue et d'épargner son compagnon de ses doutes et souffrances.

Sarah, quant à elle, en parcours de FIV avec don de sperme en raison de l'infertilité de son compagnon en plus de son infertilité à elle, liée à l'âge, mène le parcours entièrement seule. Elle explique lors de l'entretien que d'emblée, alors qu'elle était pressée d'avancer dans ce projet, lui ne l'était pas. Leur investissement et engagement dans le processus médical ont de ce fait été asymétriques dès le départ et ce de plus en plus au fur et à mesure du parcours. Au moment où je rencontre Sarah, cela fait 3 ans qu'ils sont engagés dans le processus d'AMP. Elle a déjà réalisé 5 inséminations avec sperme de donneurs étrangers avant de poursuivre en FIV/ICSI avec donneurs français dans un centre d'AMP. Elle me dit alors que lors de ses tentatives : « *Je suis toute seule parce que mon compagnon, il travaille, et puis je crois qu'il en a marre de tout ça.* ».

Françoise mène également le parcours principalement seule. Son compagnon ne veut participer à aucun rendez-vous et hésite à faire ses examens. Elle explique qu'il ne se sent pas concerné par ce parcours.

Tout le processus des examens à faire, tout ça, j'ai tout fait toute seule, tous les résultats, ça a été toute seule, donc de temps en temps je lui en parlais, mais après il n'est pas là-dedans. Donc... Quand il y a eu la consultation du couple pour pouvoir déposer le dossier... il y a une consultation de couple, il y a plein de couples qui sont là, et on nous montre une vidéo. C'est bien... On nous explique tout ça, il ne voulait pas du tout y aller. J'ai dit : « tu es obligé d'y aller, c'est le couple ». Là je pense que c'est bien qu'il y aille, qu'il y soit, il y en a qui sont très impliqués, je les vois... Il y a des femmes elles sont avec leur mari, tout ça. Moi jamais, il n'est jamais venu. Il vient aux ponctions, donc il est là, mais sinon, il n'est jamais venu. Donc et je pense que c'est bien qu'il y ait cette consultation de couple

pour que l'homme se rende compte qu'il n'est pas seul. Lui... Pour lui, c'est quand même une atteinte à... lui, il n'a pas de souci, donc il était très content qu'il n'y ait aucun souci pour lui, donc tant mieux hein...mais c'est quand même une atteinte à sa.. son côté masculin, la virilité, tout ça. (Entretien P6B – Elle : 41 ans, Lui : 38 ans – Vie commune depuis : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – En cours de parcours d'AMP, en cumul ovocyttaire en attente de la 1^{ère} FIV)

Nous observons à travers ces descriptions le poids des normes de genre. Elles amènent à considérer que l'infertilité est, pour les hommes, une atteinte à leur virilité. Blessés dans leur masculinité, certains d'entre eux ne s'engagent pas dans ce parcours qui renforce l'atteinte à leur image (Rozée et Mazuy, 2012). Cette idée est parfois également accompagnée d'autres stéréotypes de genre exprimés par plusieurs des femmes rencontrées expliquant la moindre implication de leur compagnon : selon elles, de manière générale, les hommes font moins de choses que les femmes, les hommes sont moins concernés que les femmes par le milieu médical, par la reproduction, les hommes s'expriment moins que les femmes. Tous ces stéréotypes prégnants dans les discours expliquent et normalisent pour elles le moindre investissement de leur compagnon dans le parcours d'AMP. Ces attitudes sont liées au fait que non seulement le domaine de la santé et de la reproduction a longtemps été entièrement dévolu uniquement aux femmes, de surcroît, le rapport à la médecine en tant que patient.e n'est historiquement pas le même entre hommes et femmes. En effet, comme l'ont montré English et Ehrenreich (2016 [1973]), depuis le XIX^{ème} siècle, l'avènement de la profession médicale masculine a conduit à une pathologisation du corps et des attitudes des femmes, considérées comme étant « fragiles ou contagieuses », conduisant dès lors à leur fréquente médicalisation. Progressivement, une certaine normalité pour les femmes à se soumettre régulièrement au médical, s'est développée, sans équivalent pour les hommes. À la fin du XX^{ème} siècle, le médecin, principalement gynécologue, est devenu incontournable pour accéder à la contraception médicale, de fait les femmes sont habituées dès leur adolescence à une médicalisation régulière de leur corps, dont les hommes ne font pas l'expérience (Bajos et Bozon, 2008 ; Guyard, 2010). Cela peut expliquer parmi les attitudes observées, la moindre réserve des femmes à se tourner vers la médecine

reproductive et à voir leur corps manipulé par les médecins, quand certains hommes expriment une réticence à se soumettre au corps médical (Rozée et Mazuy, 2012).

Face à ces attitudes il n'est pas question pour les enquêtées de lutter, de forcer leur compagnon à s'impliquer davantage ou de discuter plus souvent du processus d'AMP. Pour préserver leur couple elles tentent d'épargner leur compagnon des difficultés inhérentes au parcours d'AMP (Rozée et Mazuy, 2012).

Cette partie témoigne des profondes asymétries entre hommes et femmes existant dans l'implication et le vécu du parcours d'AMP. Face aux difficultés qui en découlent, nous observons que dans certains cas, la survie du couple réside dans l'implication forte du compagnon, quand dans d'autres cas, c'est le maintien du déséquilibre dans l'implication des deux membres du couple qui garantit sa pérennité.

S'ajoute ainsi au parcours de la combattante et aux difficultés personnelles et professionnelles liées au parcours d'AMP la difficile gestion de l'équilibre au sein du couple, qui peut être affectée par le processus médicalisé. Le parcours d'AMP représente un risque potentiel pour le couple que les femmes tentent de contrôler et maintenir à l'écart, en supportant parfois seule le poids des difficultés.

d. Les risques familiaux et amicaux

Les difficultés inhérentes au parcours d'AMP peuvent également affecter les relations amicales ou familiales. Cela se produit lors des échanges portant sur le parcours d'AMP avec les proches. Afin de tenter de préserver ces relations, les enquêtées ont là encore adopté différentes stratégies, évoluant au fil du parcours et consistant à partager ou à taire leur vécu de l'AMP. Ce choix est souvent dépendant du niveau d'avancement dans le parcours. Le plus souvent, les enquêtées ont annoncé d'emblée à leur famille et ami.e.s se lancer dans un parcours de FIV, puis au fil de l'allongement du parcours et de la confrontation aux échecs, elles ont progressivement moins partagé leur expérience. Ces stratégies personnelles de partage ne sont pas homogènes, les personnes à qui elles décident de se confier ou non ne sont pas toujours les mêmes.

Le cercle des confidentes auprès de qui les enquêtées parlent de leur parcours d'AMP est variable mais globalement assez retreint et plutôt féminin. Les sœurs et les amies proches sont très souvent les personnes avec qui le parcours d'AMP est d'emblée partagé. Quant aux parents et principalement les mères, elles sont dans certains cas des confidentes privilégiées et dans d'autres situations, tenues à l'écart de ce parcours. Cela dépend notamment de la pression ressentie par les enquêtées de la part de leur mère sur l'importance et l'urgence qu'elles aient un enfant ou non. Cette pression est plus forte lorsque les mères des enquêtées ne sont pas déjà grand-mère. Car le parcours d'AMP comporte dans ces cas un enjeu également pour ces dernières, celui d'accéder au statut de grand-mère.

Enquêtrice : Est-ce que vous en avez parlé autour de vous de tout ce parcours, à vos proches, famille, amis ?

Marie-Claire : *Oui, pas à beaucoup, beaucoup de personnes. Nos parents, frères, sœurs ils sont bien sûr au courant plus quelques personnes-clés qui sont des proches. Mon mari en parle plus facilement que moi. Moi, c'est plus douloureux, c'est plus compliqué. Je suis très précautionneuse de là où je dépose ma parole et mon vécu. D'abord, parce que c'est des choses intimes, et que voilà j'ai eu mon intimité exposée un million de fois, que je ne supporte plus. Parce qu'aussi ça prend beaucoup de place dans la tête tout le temps quand même, ce n'est pas quelque chose qui s'arrête. En tout cas, pour moi ça ne s'arrête pas, et que quand je peux voir des amis, de la famille, j'ai juste envie de me saisir de ce moment-là pour me dire que ça me fait faire un moment de pause et que je vis d'autres choses et que j'arrive à penser à autre chose. Après, je me suis aussi beaucoup protégée pendant un long moment de toutes les projections, de toutes les explications, de toutes les représentations des uns et des autres. Je n'avais vraiment plus envie d'entendre : « mais tu sais, la lere ça ne fonctionne pas, mais tu sais, ma copine un tel... » Enfin, je ne pouvais plus, je ne pouvais plus... (Entretien P12B – Elle : 40 ans et 5 mois, Lui : 39 ans – Durée vie commune : 8 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – En cours de parcours d'AMP depuis 6 ans, en attente du transfert d'un embryon congelé suite à une FIV en don d'ovocyte en Espagne ayant échoué)*

Émilie : Quand on entend « il faut y croire ! », ou « c'est la tête » ou machin... ça provoque des réactions... moi ça m'énerve. Je ne peux plus entendre tout ça quoi...

Enquêtrice : D'où ça vient ?

Les gens en général, les proches ou autres, qui ne font pas mal, qui ne veulent pas dire mal, mais j'ai souvent entendu : « ah oui, c'est, faut pas y penser », quand on pense qu'on passe ses journées à l'hôpital, le soir l'infirmière à 18h, le travail au milieu, où on ne sait pas comment gérer avec son employeur, et les ponctions, et l'hôpital, et les anesthésies. Pour ne pas y penser, je ne sais pas comment il faut faire. Entre ça et puis... « il faut y croire ». On entend souvent ça : « il faut y croire, il faut garder... » Mais bon, il faut y croire. (...)

Enquêtrice : Et à votre famille, vous en avez parlé depuis le début et tout le long ?

À ma mère, essentiellement... oui, tout le long. Tout le long mais je n'ai pas trop envie de développer en fait parce que les réponses ne me plaisent pas en fait très souvent, les réponses des proches. En fait, on a envie de ne rien entendre, je crois. Moi en tout cas, j'avais envie de ne rien entendre parce que toutes les réponses peuvent être à côté quoi. C'est... enfin... « ça va marcher », ma mère « mais oui, ça va marcher » ça m'énervait. (Entretien 1B – Elle : 41 ans, Lui : 30 ans – Durée vie commune : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 2 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente d'une 4^{ème} et dernière FIV et en cas d'échec recours au don d'ovocyte en Espagne prévu)

Ces extraits d'entretiens, représentatifs de nombreux autres témoignages recueillis, montrent que dès lors que les proches ont connaissance du parcours d'AMP, ils se tiennent informés et soutiennent les couples tout au long de son avancé. Toutefois, ce soutien, bien que bienveillant, peut heurter les femmes et leur compagnon fragilisés par ce parcours. Les conseils qui leur sont prodigués peuvent tendre à les culpabiliser alors qu'ils mènent une course acharnée et font déjà tout pour que le parcours aboutisse. Ainsi, afin d'éviter les tensions avec les proches et de voir leurs relations s'altérer, parfois ils cessent de les informer. Ne pas parler à certaines personnes du parcours relève ainsi d'un choix stratégique permettant à la fois de prémunir les relations déjà existantes, et de se prémunir soi-même, notamment en n'ayant pas à partager le vécu des échecs lorsqu'ils surviennent.

Un nouveau risque se dessine ici, celui que les relations amicales et familiales s'altèrent au cours du parcours d'AMP, en raison de la pression et du stress déjà vécus qui peuvent malencontreusement être accrus par les remarques et réactions des proches.

Au sein du chapitre 9, nous avons précédemment montré de quelle façon le sentiment d'indisponibilité ou de disponibilité à la maternité des femmes est dépendant de la hiérarchie des valeurs entre la valeur accordée au couple, à la profession, à l'autonomie, aux loisirs et, à la valeur parentale. Cette hiérarchie permet la coexistence de valeurs qui peuvent être jugées antagoniques. Alors que le célibat, la profession, l'autonomie, la liberté de loisirs semblent antagoniques avec le fait d'avoir un enfant, la coexistence des valeurs accordées à ces différents éléments peut avoir cours « par l'introduction d'une différence dans [leur] degré de présence » (Descombes, 2007 : 246). Cette différence de degré n'est pas figée, la hiérarchie entre les valeurs supérieures et inférieures peut s'inverser. C'est ainsi que dans l'histoire des enquêtées, l'importance de la valeur parentale était premièrement à un degré hiérarchiquement inférieur aux valeurs de couple, d'autonomie, de profession, dans leur relation au tout qu'est l'engendrement. Le sentiment d'indisponibilité à la maternité prévalait alors, sans pour autant exclure complètement un projet d'enfant. Puis, une recomposition de la hiérarchie des valeurs amenait au sentiment de disponibilité à la maternité. La valeur parentale devenait supérieure aux autres valeurs, permettant l'investissement dans un projet d'enfant.

Dans cette partie nous constatons à quel point ce réagencement est opéré. Jusqu'à ce que le projet de maternité soit à l'ordre du jour, la vie des femmes rencontrées était principalement consacrée à la recherche d'un couple et à s'assurer de sa solidité ; à la recherche d'un emploi stable et au développement du statut professionnel ; à la liberté et à l'autonomie permettant de jouir des voyages, des sorties, des amis, etc. Ces objectifs étaient prioritaires et vus comme nécessaires pour que suive un projet parental, pour les femmes interrogées, comme pour la société en

général, en référence à la « norme procréative » (Bajos et Ferrand, 2006a). Puis, lorsque le projet d'enfant est devenu prioritaire, les objectifs précédents sont passés au second plan. Nous observons alors que non seulement ne plus considérer ces objectifs comme primordiaux, ils ont dès lors pu être mis en péril. En effet, les difficultés inhérentes au parcours d'AMP peuvent affecter et mettre en danger le couple, l'emploi, les relations amicales comme familiales, comme le montre ce chapitre.

Notre enquête permet ainsi d'avancer de nouveaux éléments de discussion du discours social et médical, en particulier concernant la critique de la « convenance » et de la « toute-puissance » de la technique médicale. Nous avons en effet exposé dans le premier chapitre de la thèse le fait que le recours à l'AMP dans le but de pallier l'infertilité liée à l'âge des femmes apparaît dans le point de vue réactionnaire comme un acte relevant de la « convenance personnelle » puisqu'en dehors de la pathologie. Selon cette position, répondre à la « convenance » reviendrait à céder aux désirs égoïstes, au « droit à l'enfant », de femmes qui souhaitent mettre à leur disposition le pouvoir de la technique médicale.

La notion de « convenance personnelle » disqualifie ce que représente un engagement dans un parcours d'AMP à plus de 40 ans. Loin de cette image, les parcours des femmes concernées montrent une tout autre réalité : nul parcours d'AMP complètement maîtrisé, nul désir d'enfant facilement exaucé. Les médecins comme les patientes tâtonnent dans l'incertitude, ils essaient et persévèrent sans maîtriser l'issue. Les femmes prennent de nombreux risques. Elles souffrent, mettent à mal leur carrière professionnelle, leur couple, leurs amitiés. Aidées des médecins, elles combattent durement pour construire leur projet parental.

Le constat que le parcours d'AMP représente un véritable parcours de la combattante pour les femmes, nous l'avons dit, n'est pas nouveau. Des travaux, prenant en compte la parole des premières concernées, ont déjà rapporté ces difficultés (Franklin, 1997 ; Becker, 2000 ; Thompson, 2005 ; Rozée et Mazuy, 2012). Néanmoins, plusieurs raisons nous ont ici poussé à développer et détailler les difficultés inhérentes au parcours d'AMP dans le cadre du vécu de l'infertilité féminine liée à l'âge.

Premièrement, les résultats de ce chapitre montrent que les femmes infertiles en raison de leur âge ne sont pas davantage dans le « confort » ou la « convenance » que les femmes dont l'infertilité est considérée comme légitime. Au contraire, le parcours d'AMP est d'autant plus difficile que les femmes sont confrontées à une infertilité liée à leur âge. Nous avons effectivement vu qu'elles doivent gérer stress et fatigue de manière encore plus importante en raison de la « course contre la montre » dans laquelle elles sont nécessairement inscrites du fait de leur âge. Mais ce n'est pas tout. En raison de l'altération de leur réserve ovarienne, elles sont confrontées à davantage d'échecs que les femmes plus jeunes. De ce fait, leurs parcours s'étendent dans le temps, elles doivent répéter les tentatives, s'investir plus longuement. Les difficultés et les risques s'amplifient et perdurent dans le temps. Ces constats amènent à montrer que les parcours de ces femmes n'ont rien de facile et questionnent le qualificatif de « convenance » pour désigner et disqualifier leur engagement dans ces parcours. Le traitement de cette infertilité en AMP s'avère en réalité, plus que pour toutes autres, donner lieu à de véritables « parcours de la combattante ».

Deuxièmement, nous considérons que l'approfondissement des difficultés et des risques inhérents au fort investissement dans le parcours est nécessaire à l'étude et à la compréhension des éléments du chapitre suivant portant sur le vécu des échecs, le prolongement du parcours et la révision des limites par les femmes elles-mêmes. Les résultats de ce chapitre permettent d'expliquer en effet en partie la *spirale* et le *cercle d'engagement* dans lesquels elles sont prises, que nous allons exposer ci-après.

Enfin, une troisième raison nous semblant importante est liée à l'expérience même de l'entretien sociologique et au rapport qui se noue alors entre enquêteur ou enquêtrice et enquêté.e.s. Les problèmes dans les rapports aux médecins n'étaient pas l'objet de mon entretien, néanmoins les enquêtées ont saisi cet espace et ce moment pour pouvoir partager les expériences désagréables qu'elles n'osaient pas faire remarquer aux professionnels. Elles estiment que des améliorations devraient être apportées dans la relation entre médecins de la reproduction et patientes et dans l'organisation des parcours d'AMP. Elles pensent extrêmement important que des changements soient engagés pour qu'elles soient mieux considérées et écoutées. La répétition de ce constat au fil des entretiens réalisés, m'a convaincue de l'importance de rapporter ces propos que je considérais alors comme marginaux par rapport à ma thématique de recherche, mais qui finalement se sont avérés ne pas l'être.

L'étude de la confrontation aux échecs et l'allongement du parcours d'AMP est donc l'objet du chapitre suivant. Nous allons étudier comment les parcours des enquêtées s'étendent dans le temps et quelles expériences elles en font. Nous discuterons alors un autre stéréotype les concernant : celui selon lequel accepter l'intervention de la médecine en dehors d'un cadre strictement « pathologique » conduirait à la mise en péril de l'humanité telle que nous la connaissons, par l'affranchissement des *lois de la nature*. Notre enquête montre que ce n'est pas parce que leur parcours dure et que son échéance est régulièrement repoussée que pour autant, les femmes s'affranchissent de toutes limites à la reproduction.

Chapitre 13 : La recomposition des seuils de la temporalité procréative

En raison de la corrélation des taux de grossesse avec l'âge des femmes en AMP, plus elles sont âgées, moins les chances de réussite sont élevées. De ce fait, à plus de 40 ans, les femmes interrogées sont inscrites dans des parcours ponctués d'échecs, qui ne cessent de s'allonger. Ceci tend à les exposer davantage aux difficultés, risques et ainsi, à les fragiliser. Loin de freiner leur engagement, il en est à l'inverse souvent redoublé. Après tant de risques pris et de souffrances endurées il est difficile pour elles de tout arrêter quand la prochaine tentative sera potentiellement celle qui réussira. Elles sont prises dans une *spirale d'engagement* à l'issue inconnue. Par ce terme, nous désignons le principe selon lequel : au plus elles s'investissent dans le parcours d'AMP, au plus il leur semble évident de poursuivre leur engagement qui les rapproche de l'éventuelle réussite (Franklin, 1997). Mais cette spirale d'engagement s'accompagne souvent d'une autre forme de motivation conduisant à la poursuite du parcours, dotée d'une dimension plus négative : il s'agit de la perspective d'un échec final. Elles redoutent ce risque et il leur est de ce fait difficile de mettre un terme au parcours avant d'avoir atteint l'objectif fixé, avoir un enfant. Ce risque englobe finalement tous les autres risques exposés précédemment, car ils auront alors été vains. La perspective de ce risque principal les entraîne dans un *cercle d'engagement* : pour éviter la souffrance qu'impliquerait l'échec final, elles mènent leur parcours jusqu'au bout. Elles avancent ainsi en composant avec cette perspective en réagissant de diverses manières.

C'est ainsi qu'elles s'investissent dans ce parcours au-delà de ce qu'elles avaient initialement imaginées. Alors qu'elles ne pensaient pas dépasser tel âge, tel nombre de tentative, tel type de technique, elles repoussent progressivement les limites d'engagement dans le parcours d'AMP qu'elles s'étaient imposées.

En étudiant les parcours d'AMP de personnes croyantes, Séverine Mathieu montre comment en d'autres cas, les limites que les personnes se fixent peuvent aussi

être renégociées (2012, 2013). Son travail dévoile comment les personnes croyantes, en développant un raisonnement pragmatique, parviennent à s'engager dans un parcours d'AMP en aménageant les règles religieuses. Elle montre que lorsque le parcours médical est envisagé, les référents religieux ne disparaissent pas, néanmoins ils sont englobés dans un cadre éthique plus large, tenant compte d'un ensemble de valeurs qui ne sont pas opposées, mais aménagées conjointement.

Nous allons voir dans le cadre de notre étude que les limites révisées par les femmes, ne conduisent pas non plus à une disparition d'un cadre normatif. Loin de s'en affranchir, les limites sont toujours présentes. Elles reposent néanmoins sur la base d'autres règles que celles mobilisées par le modèle bioéthique. Dans notre étude il ne s'agit pas de faire coïncider deux cadres *a priori* antagonistes pour les personnes en parcours d'AMP. Nous montrons qu'un autre cadre que celui du modèle bioéthique a toujours guider les actions des femmes interrogées. Le modèle normatif qui guide leurs actions et décisions de poursuite du parcours d'AMP repose en effet sur les mêmes référents qui ont conduit à la mise en place de leur projet parental et à l'engagement dans ce parcours médical : la jeunesse physique, psychique et sociale de leur corps qui leur assure de pouvoir porter, accoucher et élever l'enfant dans de « bonnes » conditions. Âgées de 40 à 43 ans, loin de la ménopause, elles n'estiment pas outrepasser ce cadre normatif. Néanmoins, nous allons voir qu'elles envisagent tout de même une limite à leur engagement dans le parcours d'AMP en fonction de ce qui leur semble être l'âge idéal pour accueillir et élever un enfant, notamment en fonction de l'écart générationnel avec ce dernier qui risque de nuire à leur relation. Elles prennent en compte la *dimension temporelle et relationnelle* de l'*engendrement*, englobant tout à la fois la dimension *temporelle* de la fertilité féminine et un certain nombre de critères tels que la capacité éducative qu'elles considèrent aussi comme essentielle à la délimitation de la *temporalité procréative*.

Ce chapitre permet ainsi de questionner le modèle normatif de l'AMP en tant que modèle absolu pour envisager les seuils de l'infertilité et de l'AMP, en dévoilant l'existence d'autres référents normatifs guidant les actions des femmes interrogées. Il permet en outre de questionner la théorie de la *mise en péril* de la *nature* énoncée par le discours social, reposant sur l'idée selon laquelle la prise en charge médicale de problèmes non pathologiques mais d'ordres sociaux, conduirait à l'affranchissement des limites de la *nature* et à la disparition de toutes limites.

1. D'ÉCHEC EN ÉCHEC : DES PARCOURS QUI S'ÉTENDENT

Les femmes rencontrées sont inscrites dans de longs parcours d'AMP. Bien plus longs qu'elles n'imaginent initialement, en raison des nombreux échecs auxquels elles sont confrontées et la multiplication des tentatives.

Nous avons vu précédemment que le niveau d'altération de la qualité ovocytaire ne peut être diagnostiquée médicalement de façon précise. Le seul moyen que les médecins ont pour faire le constat d'une réserve ovarienne trop altérée est de constater les échecs des tentatives de FIV et notamment d'implantation des embryons. Les échecs après 40 ans, inexplicables médicalement, sont en effet imputés à la mauvaise qualité des ovocytes. Ces échecs sont fréquents chez les femmes prises en charge en raison d'une infertilité liée à leur âge. Les enquêtées ont souvent témoigné de cette difficulté.

Émilie : On entend souvent à tort que la médecine a énormément évolué, pour ça. Elle a beaucoup évolué mais elle reste finalement très très faible. Il y a encore... passé... par rapport à l'âge, je ne parle pas par rapport à d'autres diagnostics que je ne connais pas, ça peut être, ça a fait des prouesses. En revanche, pour l'âge, ça non ils ne savent pas rajeunir. Le biologiste me l'avait dit au premier rendez-vous mais on l'entend sans l'entendre. Mais après j'ai bien compris ce qu'il voulait dire à ce moment-là. Il a dit « la technique elle évolue, on arrive à faire des tas de choses mais on ne sait pas rajeunir ». Donc, voilà je l'ai vérifié complètement après et on s'aperçoit que la médecine, ben non elle n'est pas... Les gens sont très compétents et tout ça, mais là, sur ce sujet-là, ils ne savent pas et on ne s'y attend pas du tout quand on rentre là-dedans. (Entretien P1B – Elle : 41 ans, Lui : 30 ans – Durée vie commune : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 2 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente d'une 4^{ème} et dernière FIV et en cas d'échec recours au don d'ovocyte en Espagne prévu)

Face à l'incertitude du niveau d'altération de la qualité ovocytaire des femmes de plus de 40 ans, les médecins comme les patientes n'ont aucune raison de ne pas tenter le recours aux techniques d'AMP. Les taux de réussite sont faibles mais ils ne sont pas

nuls. Sans mesure précise de cet aspect qualitatif, le doute est possible quant à l'éventualité d'une réussite des tentatives de FIV. C'est ainsi que les médecins comme les femmes s'engagent dans ces parcours au sein desquels les échecs sont relativement fréquents. Néanmoins, comme en témoigne Émilie, les femmes ne sont pas préparées à ces échecs. Bien souvent elles pensaient que leur capacité ovarienne ne serait pas autant altérée et ainsi que l'aide médicale serait plus efficace.

La confrontation à ces échecs répétés est difficile à vivre. Engendrant non seulement des risques et des souffrances sur une période toujours plus longue, elle oblige de surcroît à envisager progressivement l'éventualité que le parcours d'AMP peut ne pas aboutir comme prévu. Les femmes doivent alors composer avec cette éventualité tout en espérant la réussite finale pour poursuivre leur investissement dans le parcours et supporter ses effets négatifs. Le plus souvent, le vécu des échecs ne conduit pas à un abandon du parcours. Nous allons voir qu'il amène à l'inverse à un engagement encore plus important.

a. De longs parcours

Lorsque les femmes ont la possibilité d'effectuer les 4 FIV prises en charge par la sécurité sociale avant leur 43 ans, en réalité elles effectuent souvent bien plus de tentatives. C'est le cas lorsqu'à l'issue d'une FIV elles ont des embryons congelés. Si l'implantation des embryons frais a échoué, avant de réaliser une autre FIV elles auront d'autres tentatives avec transferts d'embryons congelés (TEC). Cela a été le cas pour la plupart des femmes interrogées.

Émilie a par exemple commencé son parcours d'AMP en mars 2013. Le temps de faire tous les examens requis elle a effectué une première insémination en juin 2013. Puis elle a commencé le parcours en FIV avec une première tentative ayant eu lieu en septembre 2013 qui a échoué. Ayant plusieurs embryons congelés à l'issue de cette FIV, elle a été suivie par deux TEC à intervalle d'un mois, se soldant par des échecs. Elle effectue donc une deuxième tentative de FIV en janvier 2014 dont le résultat positif se termine par une fausse couche en février. Elle a à nouveau un TEC et un nouveau début de grossesse suivi rapidement d'une fausse couche. Elle fait la

troisième FIV en juillet 2014 qui compte comme une FIV 2 Bis car la FIV 2 ayant débouché sur une grossesse, elle sort du décompte pour la sécurité sociale. Cette FIV n'aboutie pas. Elle fait un TEC puis une quatrième FIV (comptée comme 3^{ème}) en septembre 2014, suivie elle aussi d'un TEC. Ces dernières tentatives n'engendrent pas de grossesse. Au moment où je la rencontre, entre l'insémination, les FIV et les TEC, elle a donc effectué dix tentatives en un an et demi. Elle est en attente d'un deuxième TEC issu de la FIV précédente et en cas d'échec elle a encore la possibilité d'effectuer une dernière FIV.

Ce parcours est assez représentatif de ceux des autres femmes rencontrées. Pour certaines, le cumul des différentes tentatives possibles a amené à ce que le parcours s'étende parfois sur trois ans, quatre ans, voire six ans pour une d'elles. C'est le cas de Cécilia. Lorsqu'elle démarre le parcours d'AMP, elle a 37 ans (en 2009). En raison d'une endométriose elle est prise en charge directement en FIV. Les deux premières FIV n'aboutissent pas à une grossesse. La troisième FIV donne une grossesse qui se termine par une fausse couche. Lors de la quatrième FIV elle fait une hémorragie suite à la ponction, puis est hospitalisée pendant quinze jours et doit se reposer trois mois avant de reprendre le parcours. La quatrième FIV Bis échoue et le transfert d'embryon congelé à sa suite est annulé car l'embryon n'a pas résisté à la décongélation. Elle poursuit alors le parcours en insémination. Elle en effectue cinq qui échouent. Elle fait une pause en janvier 2014 avant de poursuivre le parcours en don d'ovocytes en Espagne. Lorsque je la rencontre elle a effectué une FIV en don d'ovocytes qui n'a pas aboutie et attend un transfert d'embryon congelé issu de cette FIV.

D'échec en échec, les tentatives se cumulent et le parcours s'allonge dans le temps. Les femmes rencontrées sont peu à peu amenées à composer avec ce difficile vécu : elles doivent à la fois se préparer à l'échec pour pouvoir le surmonter tout en essayant de rester confiantes en la réussite du parcours.

b. Jusqu'au bout du parcours

L'enquête souligne deux formes de motif expliquant la poursuite de l'engagement des femmes dans le parcours d'AMP malgré les échecs et les difficultés.

L'une correspond à un *cercle d'engagement* et désigne le fait que la perspective de l'échec final du parcours représente un risque qui les fragiliserait plus encore. De ce fait, elles ne peuvent envisager d'abandonner le parcours avant son terme. L'autre correspond à une *spirale d'engagement* et désigne le fait que chaque nouvelle tentative pouvant potentiellement être celle qui aboutira, il semble évident de poursuivre compte tenu des efforts déjà engagés. Ces deux motifs d'engagement dans le parcours d'AMP ne s'opposent pas, bien souvent les femmes sont confrontées aux deux. Ils illustrent l'ambivalence psychologique des femmes au cours des parcours constitués de nombreux échecs : leurs sentiments varient entre angoisse et crainte de l'échec, et espoir et croyance en une issue positive.

Le cercle d'engagement

Confrontées à de nombreux échecs au fil du parcours d'AMP, les femmes doivent réaliser un difficile ajustement entre la volonté de croire en sa réussite et la nécessaire préparation d'une éventuelle déception. Elles réagissent différemment face à cette situation. Certaines la considèrent avec fatalisme. Caroline explique par exemple comment les échecs sont peu à peu entrés dans la routine du parcours alors que les premiers étaient plus difficiles à vivre.

Bon ben là, on est sur la fin du protocole... Je l'ai senti plus comme une pression au début, et puis après 2 échecs et le 3e ça va certainement pas, voilà, je veux dire, après vous le prenez comme une fatalité. Voilà, vous le prenez comme une fatalité parce que vous n'allez pas vous tailler les veines, je veux dire, bon... Voilà, au départ oui, parce que vous êtes plein d'entrain, la première vous y croyez, la 2e vous y croyez, la 3e vous y allez à reculons. Vous y allez à reculons... Je vous dis, après, émotionnellement, ça ne devient même plus difficile. Vous êtes... Voilà, si j'ai mes règles qui arrivent là, dans les jours prochains, de toute façon je vous dis... je me dis que je l'ai fait, parce que j'y ai droit et que je l'ai fait, parce que j'avais encore la force physique de le faire. Mais sinon... non, on a fini d'y croire. (Entretien P9B – Elle : 40 ans, Lui : 39 ans – Vie commune depuis : 3 ans – Projet d'enfant au bout de : 6 mois – En cours de parcours d'AMP, en attente des résultats de la 3^{ème} FIV)

Bien que Caroline ne croit plus en l'issue positive du parcours, elle explique être allée jusqu'à son terme pour être certaine de s'être donnée toute les chances qu'il aboutisse. Elle ne pouvait envisager d'y mettre elle-même un terme malgré sa perte de confiance. Emilie explique aussi comment au fur et à mesure du parcours les confrontations répétées aux échecs ont généré une forme de désillusion progressive quant à l'éventuel aboutissement du parcours. Elle explique s'être peu à peu perçue comme une « machine à échec » et combien ce vécu est difficile.

Donc, on s'est dit : « effectivement, on va la faire, la dernière », c'est à dire celle qui va venir. On s'est dit : « bon effectivement on va la faire », même si j'appréhende encore parce que ça fait mal, et que c'est long, et que c'est dur et qu'on ne vit que des échecs en fait. Depuis 2 ans, c'est échec sur échec sur échec, et donc des déceptions et tout ça. Donc, là, on s'est dit qu'on allait la faire, mais bon avec un espoir qui est moindre. (...) Et oui, ça c'est une grosse déception, qu'on ressent petit à petit quoi. Et voire même, moi maintenant ici, je me vois comme une machine à échecs, quoi vraiment. La PMA, je ne le vois plus comme quelque chose de positif mais je le vois plutôt comme une fabrique... une machine à échecs finalement, puisque moi c'est 100% d'échecs. Jusqu'à maintenant ça n'a pas abouti, donc c'est vrai que nous on se place du côté de « ça n'a pas marché donc c'est que à un moment donné tout semble bien et ça ne marche pas (...) On est très déprimé par tout ça et bon, on a espoir, mais l'espoir s'amenuise petit à petit, on a très peu d'espoir sur la prochaine FIV à venir. » (Entretien 1B – Elle : 41 ans, Lui : 30 ans – Durée vie commune : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 2 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente d'une 4^{ème} et dernière FIV et en cas d'échec recours au don d'ovocyte en Espagne prévu)

Face à cette expérience négative du parcours Emilie explique la difficulté de continuer à s'investir tout en essayant d'y croire.

Donc, oui on veut garder l'espoir, mais à la fois on se dit, n'en gardons pas trop non plus parce qu'on va d'échec en échec donc on essaie de se blinder un peu et de se dire, tout est positif, tout va bien machin mais ça ne marche pas. Donc ce n'est pas avec le temps que ça va marcher mieux. Donc, on est

pris entre le fait de vouloir garder espoir... parce que le dossier... parce que les choses semblent bien, mais à la fois on se dit oui mais ça n'a pas marché jusqu'à maintenant, donc c'est bien qu'il y a quelque chose qui ne va pas quand même. Donc, voilà, toujours entre les deux... ».

L'investissement dans le parcours doit s'ajuster à l'éventualité de 2 dénouements possible : l'échec du parcours ou sa réussite. Si Émilie envisage simultanément les deux perspectives, d'autres enquêtées préfèrent et tentent de se focaliser sur la seule réussite, sans quoi elles ne pourraient s'investir davantage.

De manière générale pour la plupart des femmes interrogées, cette confrontation aux échecs, la perte progressive de confiance en la réussite des tentatives et le vécu des difficultés ne remettent pas en question la poursuite du parcours. Elles sont prises dans un *cercle d'engagement*. Compte tenu des souffrances déjà endurées et des risques pris, la perspective de l'échec final semble encore plus difficile à appréhender. Elles estiment que tout cela vaut la peine d'être vécu pour réaliser leur projet parental. Néanmoins si ce dernier n'abouti pas, elles savent que leur souffrance sera encore plus importante. Cette perspective est au final le risque le plus important pour elles. Pour l'éviter, elles conduisent ainsi leur parcours jusqu'au bout des possibilités qui leur sont offertes.

La spirale d'engagement

En raison du poids de l'investissement (physique, temporel, personnel, psychique) que nécessite le parcours d'AMP ; de la difficulté d'abandonner après tant d'efforts fournis ; du risque de la perspective de l'échec final ; mais aussi de l'incapacité de la médecine à évaluer précisément l'état de la réserve ovarienne et ainsi les chances de réussite, permettant d'offrir un espoir bien que minime : les femmes rencontrées poursuivent généralement le parcours jusqu'au bout des possibilités qui leur sont accessibles. Elles n'envisagent pas un investissement qui ne serait pas total et complet, afin d'être certaines de s'être données toutes les chances de réussites et de ne rien avoir à regretter vis-à-vis de l'enfant désiré (Bühler, 2016).

Émilie : On continue parce qu'on n'a rien d'autre à côté et que ça reste une chance. On se dit que même si elle est minime, il faut la tenter parce qu'il n'y a rien d'autre à côté. Il n'y a que cette solution ou alors ce serait l'acceptation de ne pas avoir d'enfants. Peut-être ça viendra mais là du coup pour l'instant, pour l'instant il faut tenter toutes les possibilités, en ayant espoir, même si elle est infime que cette chance arrive. Bon voilà, et peut être en parallèle, commencer à se préparer à l'idée... Mais bon enfin moi je ne suis pas prête à l'idée de ne pas avoir d'enfants. Peut-être un jour je serai obligée de m'y faire mais là je ne suis pas prête à ça du tout. Donc, jusqu'au bout je me dis, « bon, si y a une chance, même minime, il faut la tenter et aller jusqu'au bout ». (Entretien 1B – Elle : 41 ans, Lui : 30 ans – Durée vie commune : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 2 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente d'une 4^{ème} et dernière FIV et en cas d'échec recours au don d'ovocyte en Espagne prévu)

Estelle : Moi, par exemple, il me reste tant d'inséminations, il ne me reste pas de FIV, donc on est d'autant plus optimistes, on est d'autant plus, voilà, qu'il nous reste peu de chances et qu'il faut les utiliser. C'est contraignant, c'est machin mais après il ne faut plus les vivre de la même façon, puisque de toute façon on n'a plus le choix et que c'est peut être ces choses-là, cette insémination ou cette stimulation qui va peut-être m'apporter voilà un plus... (...) Moi, je suis là-dedans, je suis obligée, ce n'est même pas je suis obligée, c'est que j'ai envie que ça marche. Naturellement, ça ne marche pas, ou en tout cas je fais tout pour que ça marche, maintenant je n'ai pas tellement d'autre choix que d'utiliser la médecine même si elle ne m'offre pas toutes les chances du monde, elle m'en offre en plus de ce que je peux moi apporter de mon côté, donc je le prends comme un plus. (Entretien P7B – Elle : 43 ans, Lui : 45 ans – Durée vie commune : 3 ans – Projet d'enfant au bout de : 1^{er} mois – Fin parcours d'AMP après inséminations, poursuit naturellement avec stimulation ovarienne)

Ces témoignages d'Émilie et Estelle montrent que l'AMP apparaît comme une des seules chances pour qu'aboutisse leur projet d'enfant. Il n'y aurait pas de sens à saisir cette chance à moitié, sans aller au bout du parcours. Il s'agit de ne rien avoir à regretter.

Danielle : *Entre temps j'ai eu mes 40 ans, j'ai dit à mon mari écoute on fait la 4^{ème} mais pour la faire, pour ne pas avoir de regrets, au moins on aura fait les 4.* (Entretien P6A – Elle : 40 ans, Lui : 41 ans – Durée vie commune : 11 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an pour le 1^{er} enfant et 9 ans pour le 2nd – Fin du parcours d'AMP, en cours de grossesse)

Samantha : *On fait tout ce qu'il faut pour... Mon idée, c'est qu'il faut qu'on n'ait rien à se reprocher, et donc c'est ce que j'essaye de transmettre à [son compagnon], il faut qu'on ne se reproche rien. Il ne faut pas qu'on se dise dans 3-4 ans : « si j'avais su, si on avait fait ça, ça aurait peut-être marché ». Je lui dis : « il faut qu'on mette toutes les chances de notre côté, après, ça marche c'est super, ça ne marche pas on n'y peut rien ». Il y a des tas de femmes qui essaient d'avoir un enfant, des tas de couples qui essaient d'avoir un enfant qui n'arrivent pas, eh bien voilà, ça tombe sur nous.* (Entretien P10A – Elle : 42 ans, Lui : 47 ans – Vie commune depuis : 7 ans – Projet d'enfant au bout de : 1-2 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente de la 4^{ème} et dernière FIV)

Alors qu'elles entrevoient la possibilité que le parcours puisse échouer, notamment lorsqu'il ne leur reste plus qu'une tentative, elles montrent que le seul moyen d'accepter de ne pas avoir l'enfant désiré est d'être assurées d'avoir tout tenté à son égard (Franklin, 1997). Si elles ont à envisager le deuil d'enfanter ce ne sera qu'après avoir essayé toutes les possibilités à leur disposition. Dans cette perspective, lorsque les médecins leur proposent des techniques médicales supplémentaires, nouvelles, pouvant potentiellement maximiser leurs chances de réussite, elles ne peuvent faire autrement qu'accepter, même si ces techniques impliquent un coût financier.

Sarah : *Quand il y a les fécondations, sur les embryons, on peut faire des choses. On peut leur enlever un petit bout sur ces cellules... On enlève un petit bout avant de les mettre pour faciliter l'accrochage dans l'endomètre. Ou on peut congeler les embryons, ou... qu'est-ce qu'on peut faire ? Il y a une troisième chose, on peut faire la culture prolongée. Pour ces trois choses, il faut qu'on paye 300 euros. (...) En tous cas, je trouve ça un peu gonflé, parce que quelque part, quand tu sors de tout ton parcours, évidemment que tu vas faire le petit truc... T'as pas fait ça pour, au dernier moment, là te dire :*

« si on fait ça, c'est mieux », « oh bin non, je ne vais pas le faire, ce n'est pas grave... », on me dit que j'ai plus de chances comme ça, mais non... Et t'es obligé. Tu ne peux pas... (...) Finalement, tu payes tes 300 euros parce qu'évidemment, tu veux faire la dernière technique à la pointe pour donner plus de chances. Bref... Bon, on a déjà du bol, tu vas me dire, d'être pris en charge une partie. (Entretien P2B – Elle : 42 ans et 11 mois, Lui : 46 ans – Vie commune depuis : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – En cours de parcours d'AMP, en attente de la dernière FIV/ICSI avec don de sperme en raison de son âge)

Comme Sarah l'explique, chaque nouvelle proposition présentée par les médecins comme potentielle solution est évidemment suivie. Il n'y aurait pas de sens pour elles à s'investir sans se saisir de toutes les chances. L'inscription dans un parcours d'AMP implique ainsi un investissement total, complet, quoi qu'il en coûte physiquement, moralement et financièrement. Le témoignage publié par Géraldine Jumel-Lhomme dans son ouvrage *L'impossible enfant* va également dans ce sens (2013). Elle montre comment, de tentative en tentative son parcours a duré cinq années, elle est allée toujours plus loin que ce qu'elle avait imaginé jusqu'à y sacrifier tout son temps, son énergie, sa vie sociale et ses économies.

Ces femmes sont ainsi prises dans une *spirale d'engagement* : au plus elles s'investissent dans le parcours au moins elles peuvent l'interrompre avant son terme et poursuivent leur engagement plus loin qu'imaginé initialement. Car chaque nouvelle tentative apparaît potentiellement comme étant celle qui va marcher, y compris pour les médecins.

Marie-Claire : Mais de toute façon c'est vrai que, une fois que la 1ère est passée, qu'elle ne s'est pas bien passée, bon ok, mais on se construit tous à l'intérieur de nous des justifications, des manières de penser qui font que : « ok là c'est bon, mais la prochaine... Évidemment, que la prochaine elle va bien se passer », parce qu'on a compris un truc, parce qu'on a tous des scénarii dans la tête qui font qu'on manage avec la réalité. On fait avec la réalité, on compose avec la réalité. Moi, à chaque fois je suis repartie en me disant, c'est évident maintenant. J'ai compris ça, je n'avais pas compris avant. Et puis, j'ai vu tel signe, il s'est passé tel truc, bref. Tout est possible, je peux en témoigner. J'ai vu à peu près un million

de signes chaque fois... Et du coup, une fois, plus une fois et puis la 3e. Et la 3e, il en reste plus qu'une. Donc, forcément la réalité, elle est là. (Entretien P12B – Elle : 40 ans et 5 mois, Lui : 39 ans – Durée vie commune : 8 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – En cours de parcours d'AMP depuis 6 ans, en attente du transfert d'un embryon congelé suite à une FIV en don d'ovocyte en Espagne ayant échouée)

Noëlle : Alors au moment de la 1^{ère} FIV, j'ai été déçue mais pas tant que ça parce que mon mari cherchant à me rassurer est allé sur internet en me disant bon il y a très très peu de résultats positifs lors de la 1^{ère} FIV, c'est normal, et c'est vrai que 1 mois ou 2 après quand j'ai vu le docteur elle m'a dit écoutez c'était un essai, on a tâtonné, on ne savait pas trop, c'est presque normal, ça aurait été miraculeux que ça réussisse du 1^{er} coup, il ne faut pas s'inquiéter, ok. La 2^{ème}, le souci, c'est que ça s'était tellement bien passé, et puis statistiquement bon, donc là j'ai été très très très déçue. (Entretien P4A – Ils ont tous les deux 42 ans – Durée vie commune : 3 ans – Projet d'enfant au bout de : 6-8 mois – En cours de parcours d'AMP, en attente d'un transfert d'embryon congelé après la 2^{ème} FIV avec échec)

Encouragées à poursuivre par les médecins, les nouvelles perspectives techniques, les difficultés déjà surmontées, l'espoir de réussite, l'envie d'avoir tout essayé, certaines femmes rencontrées sont ainsi progressivement allées au bout du parcours d'AMP français, sans succès. Deux perspectives s'offrent alors à elles : soit elles abandonnent leur projet d'enfant, soit elles le poursuivent à l'étranger.

c. Quelles suites au parcours d'AMP intraconjugal en France ?

Lorsque le parcours d'AMP en France se termine car les femmes ont effectué l'ensemble des techniques de FIV et d'inséminations qui leur étaient possible ou car elles ont dépassé la limite des 43 ans, deux types de décisions leur sont possibles. Soit

elles renoncent au projet d'enfant par AMP, soit elles poursuivent le parcours en don d'ovocytes à l'étranger⁶⁰, du fait de l'altération de leur réserve ovocytaire.

Parmi les femmes rencontrées, voici quelles étaient leur situation vis-à-vis du parcours au moment de l'entretien :

- 2 étaient enceintes grâce à la FIV,
- 4 débutaient leur parcours (attente 1^{ère} FIV),
- 6 étaient en cours de parcours (entre la 1^{ère} et la 3^{ème} FIV),
- 6 attendaient leur dernière tentative possible (4^{ème} FIV) dont 2 parmi elles qui prévoyaient déjà de recourir à un don d'ovocyte à l'étranger en cas d'échec,
- 1 avait terminé son parcours en France en étant allée au bout sans réussite et avait arrêté là le parcours médicalisé,
- 1 avait également terminé le parcours d'AMP avec échec mais continuait des stimulations hormonales suivies par sa gynécologue de ville,
- et 3 enfin avaient terminé leur parcours avec échec et s'étaient déjà tournées vers le don d'ovocyte (2 à l'étranger et 1 faisait la demande en France mais âgée de 40 ans elle risquait certainement d'être refusée compte tenu de son âge)

Ainsi, l'étude des décisions que les enquêtées ont pris lorsqu'elles sont arrivées au terme du parcours d'AMP en France avec échec concerne 5 d'entre elles. S'ajoute à ces entretiens ceux des 6 femmes pour qui il ne restait qu'une seule tentative, qui bien souvent, projetaient déjà la suite à donner au parcours en cas d'échec.

En finir avec le projet d'enfant par AMP et passer à autre chose

Une des enquêtées a terminé le parcours d'AMP en France sans qu'il n'aboutisse et n'a pas tenté de le poursuivre d'une autre façon ailleurs. Il s'agit de

⁶⁰ Compte tenu de l'impossibilité de recourir au don d'ovocytes en France à plus de 40 ans dans les centres enquêtés, elles n'ont d'autres choix que de poursuivre leur parcours à l'étranger, généralement dans les pays voisins comme l'Espagne où les limites d'âges sont plus élevées.

Marion. Elle est allée au bout des 4 FIV autorisées et a fait une insémination à la suite. Elle savait ne pas avoir droit au don d'ovocytes en France en raison de son âge mais aurait aimé pouvoir en bénéficier. Elle n'a pas envisagé le don d'ovocytes à l'étranger mais n'en a pas expliqué la raison dans le cadre de l'entretien. Nous pouvons faire l'hypothèse que ce nouveau parcours, à l'entière charge financière des couples, n'a pas été envisageable d'un point de vue financier compte tenu de son niveau de vie (elle est auxiliaire de vie et son compagnon agent de sécurité). La fin du parcours français s'est donc accompagnée pour elle d'un deuil du projet d'enfant.

Marion : Je me suis fait une raison et puis c'est comme ça, c'est comme ça, bon après j'ai une grande famille, j'ai voilà j'ai des nièces, des petits neveux, des petites nièces, donc ça va, je m'occupe d'eux, voilà. (Entretien P5A – Elle : 42 ans, Lui : 45 ans – Vie commune depuis : 12 ans – Projet d'enfant au bout de : 2 ans - Fin du parcours d'AMP avec échec après 4 FIV et une insémination)

Marion explique avoir renoncé à son projet parental qu'elle comble différemment, notamment en s'occupant de ses neveux et nièces. Quant à celles approchant le terme du parcours, elles sont plusieurs à imaginer qu'en cas d'échec, elles arrêteront.

Samantha : En fait c'est ce côté répétitif en fait constant, en fait c'est limite : on met la tête dans l'eau, on la relève, on met la tête dans l'eau, on la relève... et au bout d'un moment on se dit : « c'est bon, moi je ne la remets plus la tête dans l'eau ». Et du coup je crois que le docteur avait bien compris que... stop, je ne peux plus. Donc, c'est vraiment ce côté très long en fait, 4 ans et demi après réflexion... c'est très long... et d'une certaine manière je pense qu'une fois que ce sera fini, quel que soit... bon, évidemment si c'est bon ce sera un lointain souvenir on en rigolera dans des années, dans quelques années, mais si ce n'est pas bon, il faudra faire ce travail de qu'est-ce qu'on veut faire à 2, qu'est-ce que la vie de couple sans enfant, qu'est-ce qu'on veut en tout cas construire... mais d'un autre côté, je pense qu'il y aura le : « c'est fini, stop, on arrête, stop, ça suffit ». Alors il y a eu des remarques du style : « vous n'avez pas envisagé l'adoption, à l'étranger 43 ans ce n'est pas la barrière... » Et en fait, ma réponse c'est : « à un moment donné il faut faire le deuil ». (...)

Et puis après, j'ai dit : « moi j'arrête, je n'irai pas à l'étranger, je ne repars pas faire des examens à l'étranger, je ne repars pas... c'est bon. Il y a un moment où... » Je ne sais plus, j'ai une amie qui m'a dit qu'il y avait une nana qui avait, qu'elle connaissait quelqu'un qui avait fait comme 10 tentatives de FIV. Je l'ai regardée en disant : « mais comment elle a fait quoi ? Mais, ce n'est pas possible ! » Il y a un moment où, enfin je ne sais pas du coup, on ne vit plus enfin. Parce que pendant tout ce temps-là, on ne sort plus, en tout cas pour moi, je ne sors plus, je ne vois plus personne parce que je suis fatiguée. Après, comme je suis très malheureuse, je ne vois plus personne. Je suis quelqu'un de très sociable, qui a besoin de vivre, de sortir, de... et j'ai dit : « je ne peux pas », enfin, je vais pleurer, je vais être très malheureuse, je vais poser plein de questions, mais c'est comme perdre quelqu'un. À un moment il faut faire le deuil et à partir de là, on peut se reconstruire autrement, différemment mais le faire en tout cas. Et, j'ai dit : « non, non, juillet, dernier carat. On sait ce qui nous tombe dessus et après ben, après on verra, mais pas ça en tout cas. (...)

Enquêtrice : Ça veut dire, bon on ne peut jamais savoir si les choses avaient été différentes bien évidemment, mais si admettons la limite de la sécurité sociale était un peu plus que 43 ans, vous pensez que... ?

Je n'en sais rien. En fait je pense que tant que... si elle nous avait dit : « il y a 5 tentatives » on se serait préparé à 5 tentatives, là c'est 4. Bon, après on me dirait : « tu as droit à 10 tentatives et jusqu'à 50 ans » là, je dis non. Voilà. C'est bon... on va arrêter le cauchemar, ce n'est même plus... Même si c'est... pour quelque chose de joli, voilà, parce qu'on a un désir d'enfant et on est prêt, tout ça, mais... dans la vie, on ne peut pas tout avoir et si c'est ça qu'on ne peut pas avoir, et ben même si c'est difficile, il faut l'accepter. Alors après, il y a toute la démarche pour accepter cet inacceptable, mais en tout cas il faut le faire. Pour moi il faut le faire à un moment donné. Non, je crois que le docteur me proposerait 3 ou 4 autres tentatives, je dirais : « non, stop, stop, voilà. » Après, j'y vais, pour la dernière j'y vais et voilà. Je suis à fond mais dans ma tête, je crois que je ne pourrai pas aller plus loin. Ça tombe très bien que ça s'arrête là en fait. Voilà. Après, peut-être que je me suis préparée depuis 4 ans et demi à me dire, ça va durer et donc, je sais très bien que ça va s'arrêter. Mais quand même c'est un peu... c'est... je trouve que c'est difficile quand même. Enfin, mon conjoint

aussi, je pense, c'est compliqué. Parce qu'il y a plein de choses qui sont mises en suspens, professionnellement on est arrêté très régulièrement, psychologiquement il faut se redresser, faut faire comme si de rien n'était... au travail il faut avoir le sourire... (Entretien P10A – Elle : 42 ans, Lui : 47 ans – Vie commune depuis : 7 ans – Projet d'enfant au bout de : 1-2 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente de la 4^{ème} et dernière FIV)

« *On met la tête dans l'eau, on la relève...* ». Samantha, avec une métaphore de la noyade, explique ne pas pouvoir envisager de prolonger le parcours au-delà de ce qui est permis en France et de ce pour quoi elle s'est préparée, au risque de ne plus pouvoir « sortir la tête de l'eau ». Elle pense ne pas se sentir la force de poursuivre tout en imaginant pourtant que le deuil d'enfant sera compliqué et douloureux à vivre. Son vécu et ce qu'elle redoute font écho au témoignage de Géraldine Jumel-Lhomme dans son ouvrage autobiographique déjà cité *L'impossible enfant* (2013). Cette dernière raconte comment elle s'est perdue, noyée, pendant des années dans un processus d'AMP dont elle ne pouvait sortir. Elle s'est peu à peu refermée sur elle-même, a perdu ses ami.e.s, arrêté toute vie sociale. Sa vie est peu à peu devenue uniquement dépendante du parcours médicalisé et était cantonnée au seul projet parental. Samantha ressent dans une moindre mesure ces difficultés et c'est justement pour s'en préserver et éviter de s'y noyer qu'elle prévoit de terminer son parcours, qu'elle qu'en soit l'issue, à la fin de la 4^{ème} FIV en France.

D'autres raisons peuvent conduire à une fin du projet parental à l'issue du parcours d'AMP intraconjugal en France, si ce dernier n'aboutit pas. Cela peut être lié à un refus de recourir au don d'ovocytes.

Estelle : Elle m'a directement proposé le don d'ovocytes. Ce qui était pour moi un non catégorique, pour moi et pour mon mari.

Enquêtrice : À l'étranger ?

Et à l'étranger. Voilà. On a chacun un enfant. Le but c'était effectivement... c'était vraiment de faire notre enfant ensemble, donc aucun intérêt d'utiliser l'ovocyte d'une autre personne. (Entretien P7B – Elle : 43 ans, Lui : 45 ans – Durée vie commune : 3 ans – Projet d'enfant au bout de : 1^{er} mois –

Fin parcours d'AMP après inséminations, poursuit naturellement avec stimulation ovarienne)

Estelle et son compagnon ont chacun un enfant issu d'une précédente union. Ils souhaitent avoir un 3^{ème} enfant qui serait issu de leur couple. Déjà parents, l'enjeu pour eux n'est pas d'acquiescer ce statut mais de sceller leur union par la naissance d'un enfant issu des gamètes de l'un et de l'autre. C'est pourquoi le recours au don d'ovocytes ne leur apparaît pas comme une possibilité envisageable. Lorsque l'enjeu du recours au don d'ovocytes est d'avoir un premier enfant et d'accéder au statut de parent ou quand il s'agit d'une énième naissance, les attitudes ne sont pas les mêmes. Quant au fait de recourir à la FIV intraconjugale à l'étranger, dans un pays où la limite d'âge est plus élevée qu'en France, cela ne leur apparaît pas non plus comme une possibilité. Comme Samantha, Estelle considère que le parcours d'AMP est extrêmement contraignant et cela serait pire avec un parcours à l'étranger. Par ailleurs, comme elle le rappelle, ils sont déjà parents et l'enjeu n'est pas aussi fort que s'ils n'avaient pas d'enfant.

Dans ces témoignages les enquêtées montrent qu'elles s'étaient préparées à endurer un parcours d'une certaine durée et se sont engagées jusqu'à son terme. Mais poursuivre encore le parcours, ailleurs et différemment, n'est pas envisageable pour elles, compte tenu de l'investissement et de la souffrance que cela impliquerait encore. Toutefois, d'autres femmes rencontrées ont commencé une suite du parcours français à l'étranger ou bien l'envisagent.

La suite du parcours d'AMP en don d'ovocytes à l'étranger

Plusieurs enquêtées se sont déjà renseignées ou ont entamé des démarches afin de réaliser une FIV avec don d'ovocytes à l'étranger. Dans les 3 cas présentés ci-après, les enquêtées sont en attente du résultat de la dernière FIV en France mais envisagent déjà une suite à donner à leur parcours en cas d'échec.

Émilie : Depuis 2 ans, c'est échec sur échec sur échec, et donc des déceptions et tout ça. Donc, là, on s'est dit qu'on allait la faire, mais bon avec un espoir qui est moindre. Et sinon, pour répondre complètement à votre question, on a pensé : « et si ça n'aboutissait pas ? » Et nous, on se dirige vers... je n'arrive plus à trouver... le don d'ovocytes à l'étranger.

Enquêtrice : On vous a déjà renseigné dessus ?

On s'est renseigné, on a rendez-vous là à la fin du mois, avec un docteur.

Enquêtrice : Dans quel pays ?

En Espagne, à Barcelone.

Enquêtrice : Est-ce que c'est un médecin d'ici qui vous a orienté vers un médecin de là-bas ou c'est vous qui avez cherché ?

C'est moi qui avais cherché un petit peu et après j'ai demandé à mon docteur quand même, si elle connaissait, et il se trouve que les 2 que j'avais repéré, elle m'a dit « bon celui-là, nous on connaît un docteur qui travaille là-bas » et donc ça nous a conforté dans l'idée d'aller là-bas. J'ai pris des renseignements aussi auprès d'un ami docteur qui est ami de ma mère et qui est aussi gynécologue ailleurs, dans une autre ville, et il a dit que c'était une clinique sérieuse. Et donc voilà, on s'oriente vers là. Bon là, on est en rendez-vous, ce n'est pas fait mais c'est un premier rendez-vous et puis on verra la suite, à l'issue de la dernière FIV si on confirme ou pas. (Entretien

1B – Elle : 41 ans, Lui : 30 ans – Durée vie commune : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 2 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente d'une 4^{ème} et dernière FIV et en cas d'échec recours au don d'ovocytes en Espagne prévu)

Charlotte : À partir de la 2e, je lui ai dit : « mais enfin, si ma qualité... » parce que je regarde sur internet, je regarde un petit peu de partout, j'en ai parlé avec mon médecin de famille, et je disais : « si ma qualité ovocytaire n'est pas bonne et que c'est comme ça, à part un don d'ovocyte, je veux dire, il n'y a pas d'autre... ». Donc, je voulais enclencher ça plus vite, pour perdre moins de temps, mais elle m'a dit : « c'est un peu dommage, vu comment vous réagissez et parfois, malgré tout, malgré une mauvaise qualité ovocytaire, on peut arriver à ce que ça fonctionne. » Donc, elle me dit : « c'est un peu dommage de ne pas essayer avant de faire la... »

Enquêtrice : Ça, vous y avez pensé dès...

Dès la 2e. Parce qu'en fait on ne s'est pas affolé tant qu'on n'essayait pas. Mais à partir du moment où on a essayé, bon la

Iere, la 2^e n'a pas fonctionné et de suite, voilà, j'ai commencé à... le stress a commencé à monter et j'ai un peu épluché toutes les possibilités qu'on avait et donc, là tout de suite j'en ai parlé, parce qu'eux n'ont pas le droit de nous en parler. Parce que, vu mon âge, je n'avais pas droit à un don d'ovocytes en France, donc ils n'ont pas le droit... J'avais bien vu ça, je savais, donc c'est moi qui ai posé les questions et qui ai demandé voilà. Alors là on attend, c'est la dernière quoi. (Entretien P10B – Elle : 43 ans, Lui, 44 ans – Durée vie commune : 7 ans – Projet d'enfant au bout de : 4 mois – En cours de parcours d'AMP, en attente de la 4^{ème} et dernière FIV/ICSI et en cas d'échec recours au don d'ovocytes à l'étranger prévu)

Cécilia : Oui, oui, je dis que je veux passer à autre chose, enfin pas forcément passer à autre chose, mais plutôt penser à l'étape suivante. Je pense à l'étape suivante, alors... j'en ai déjà parlé à mon compagnon. Je pense que lui, il n'est pas encore mûr, il faut encore un petit peu de temps... mais je pensais à la FIV avec don à l'étranger. Ouais. Je commence un peu à regarder comment ça se passait.

Vous vous renseignez sur quel pays, plusieurs ou ... ?

Eh bien, je ne sais pas pourquoi, enfin si... mais plutôt la République Tchèque. (Entretien P11B – Elle : 43 ans, Lui : 50 ans – Durée vie commune : 15 ans – Projet d'enfant au bout de : 13 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente 2^{ème} et dernière FIV compte tenu de son âge, don d'ovocytes envisagé en cas d'échec)

Émilie, Cécilia et Charlotte, soumises à une pression du temps, souhaitent que la suite du parcours en don d'ovocytes suive le plus rapidement possible le parcours français en cas d'échec. C'est pourquoi elles se sont déjà renseignées, voire ont déjà entamé des démarches sans encore connaître l'issue du parcours en AMP intraconjugale. Elles n'ont témoigné d'aucune hésitation ou incertitude face à cette décision de poursuite à l'étranger en don d'ovocytes. Il s'agit pour elles de la suite nécessaire à donner à leur parcours pour concrétiser leur projet parental.

Nous voyons que même lorsque la contrainte de l'altération de la réserve ovarienne, dont dépend les limites d'accès à l'AMP en France, disparaît avec le démarrage d'un parcours en don d'ovocytes à l'étranger, les enquêtées demeurent

soumises à une pression du temps. Jusqu'à présent elles se disaient essentiellement pressées d'avancer au plus vite dans le parcours avant que leur capacité ovarienne ne soit trop altérée, et pour pouvoir faire le maximum de tentatives avant d'avoir 43 ans. Mais à présent qu'elles ne sont plus soumises à ces deux contraintes, à quoi l'urgence est-elle liée ?

Les enquêtées ont expliqué s'être imposées tout au long de leur parcours d'AMP des limites d'engagement à ne pas dépasser qui les amenaient à se sentir pressées d'avancer. Ces limites ont été changeantes, fluctuantes au fil du parcours, elles ont souvent été révisées. Néanmoins, nous allons voir qu'elles ne disparaissent pas pour autant.

2. DES LIMITES D'ENGAGEMENT REPOUSSEES ET REFORMULEES

Nous avons vu que les discours sociaux, légaux et médicaux en France délimitent la fin du parcours d'AMP en se référant à l'horloge biologique des femmes, elle-même confondue avec la réserve ovarienne. Il s'agit d'étudier dans cette partie les représentations des enquêtées relatives aux limites d'engagement dans le parcours d'AMP. Quelle doit être selon elles la limite maximale jusqu'à laquelle il est possible de se consacrer à un projet parental en AMP ? Quelles limites les enquêtées se sont elles-mêmes imposées ? Sur la base de quels référents les ont-elles formulées ? Leur parcours d'AMP ayant duré plus longtemps que ce qu'elles avaient initialement imaginé, ces limites d'engagement ont de fait été révisées à plusieurs reprises. Nous allons voir qu'une première limite à la maternité avait été envisagée par les enquêtées lorsqu'elles étaient plus jeunes. Il s'agit des 40 ans. Aucune d'elles n'avaient en effet imaginé ne pas encore avoir d'enfant à cet âge-là ou essayer d'en avoir au-delà de cet âge. Finalement, une fois cet âge atteint, le projet parental est apparu en adéquation avec leur corps et les normes sociales, comme nous l'avons montré dans la troisième partie. Elles se sont ainsi engagées dans le parcours d'AMP en espérant être rapidement aidées. Puis, confrontées aux échecs du parcours, elles

sont peu à peu allées au-delà d'un nombre de tentative, d'un âge, ou d'un type de technique qu'elles pensaient ne pas avoir à dépasser.

Néanmoins nous allons voir que cette reformulation des limites d'engagement dans le projet parental par AMP ne conduit pas pour autant à la disparition de toutes limites, comme le présuppose le discours social à l'égard de ces parcours. Elles sont repoussées et reformulées mais demeurent dans un cadre normatif plus large, non pris en compte par le modèle bioéthique.

a. La limite symbolique des 40 ans

La plupart des femmes rencontrées ont expliqué que plus jeunes, elles ne s'étaient jamais imaginées essayer de faire un enfant après 40 ans. Une des raisons à cette limite a pu être pour certaines qu'elles pensaient que physiologiquement il n'était plus possible de réussir à avoir un enfant après 40 ans.

Ça, c'était très angoissant quoi. Avoir passé 40 ans et qu'on entend souvent : « à 40 ans, on ne peut plus avoir d'enfant ». On se met souvent cette limite dans la tête quoi, que passé 40 ans c'est difficile, donc là on y est dedans. On se dit : « mince ça n'a pas marché ». C'est tout ça qui fait que ça crée des angoisses quoi. » (Entretien 1B – Elle : 41 ans, Lui : 30 ans – Durée vie commune : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 2 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente d'une 4^{ème} et dernière FIV et en cas d'échec recours au don d'ovocyte en Espagne prévu)

Nous avons vu dans la troisième partie de la thèse que certaines enquêtées étaient bien informées du processus physiologique d'altération de la réserve ovarienne. Celles-ci pensaient qu'il fallait avoir un enfant avant 40 ans au risque de ne plus pouvoir après. Mais en raison de leur indisponibilité à la maternité, elles n'ont pu anticiper cette limite d'âge. Se percevant toujours jeunes une fois cet âge atteint et en capacité de porter et d'élever l'enfant souhaité, elles se sont alors tournées vers l'AMP.

La limite des 40 ans imaginée n'est pas qu'en référence à la physiologie. D'autant plus que nombre des enquêtées n'étaient pas informées du processus

d'altération progressive de la fertilité comme nous l'avons déjà présenté. Ainsi, la limite des 40 ans est aussi une limite symbolique après laquelle les enquêtées imaginaient qu'il serait socialement « trop tardif » d'avoir un enfant car elles seraient alors « trop vieilles ».

Émilie : Je n'aurais jamais pensé, quand j'étais plus jeune, essayer d'avoir un enfant à 41 ans non plus donc du coup, je ne sais pas. (...) Pour moi ça me paraissait très vieux, ça je sais, la première fois où j'ai pensé avoir un enfant, pour moi presque 37/38 ans c'était la limite. Dans ma tête c'était ça quoi, et je n'aurais jamais pensé... dans ma tête c'était vraiment la limite, très très grosse limite des 40/42 ans maxi pour faire des enfants quoi. Et même, je crois que je trouvais pas ça très bien peut-être, même à l'époque, je ne me souviens plus très bien mais je me disais : « non, c'est vraiment pas top quoi ». Et quand on est dedans, c'est autre chose. (Entretien P1B – Elle : 41 ans, Lui : 30 ans – Durée vie commune : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 2 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente d'une 4^{ème} et dernière FIV et en cas d'échec recours au don d'ovocyte en Espagne prévu)

Charlotte : Puis même moi, quelquefois, je trouvais qu'il y avait une limite à ne pas franchir, la quarantaine franchement, c'était largement suffisant quoi, voilà. Et ce côté un peu, voilà, de dire, et bien si on n'en a pas eu avant, c'est peut-être qu'on n'avait pas forcément envie mais qu'à un moment donné quoi, il faut... oui et c'est malheureux parce que je l'avais peut être un peu... peut être pas autant... mais je l'avais un peu en moi aussi ce... Je vous dis, après les mentalités changent au fur et à mesure qu'on est confronté au...

Enquêtrice : C'est ce que vous disiez quand vous racontiez que parmi les parents d'élèves il y en a quelques-uns, dans les deux extrêmes d'ailleurs, que vous pouvez trouver trop jeunes comme trop âgés...

Exactement. Alors, il y a des parents d'élèves plus âgés mais où on sent que, voilà, tout est... Et puis, il y en a quelques uns où c'est trop cool, trop, trop. Mais c'était plus dans la façon d'élever les enfants. Et c'est vrai qu'on a quand même le jugement par rapport à ça, quand... Et plus jeune, je l'ai moins maintenant mais plus âgés voilà, je me souviens, ce n'est pas bien à dire : « oh la la, on le sent, on le sent que c'est un enfant de personnes, d'un couple plus âgé, voilà, dans sa

façon... » Je ne devrais pas vous le dire mais je suis honnête je vais jusqu'au bout de...

Enquêtrice : Mais comment ça, on le sent... ?

Pour certains, pas pour tous mais voilà plus couvés, plus... et comme il a été beaucoup plus attendu que la normale automatiquement il y a plus de... et les enfants voilà, des fois, sont un peu moins autonomes mais après ça se gomme avec le temps... C'est surtout dans les petites classes ça et... Mais c'est vrai qu'on a toujours un regard, moi je me vois plus jeune avoir un regard un peu plus gêné... quoi pas gêné parce que j'étais complètement... j'avais la même attitude mais intérieurement voilà... Donc, je peux le concevoir aussi qu'on l'ait même si ce n'est pas juste et que... voilà.

(...)

Honnêtement, dans mes projets de vie, je ne me voyais pas avoir un enfant à 43 ans. Bon, là, ça s'est passé comme ça, mais c'est vrai que je trouve que c'est déjà limite. Voilà.

Enquêtrice : Dans vos projets de vie, vous voulez dire, y a très longtemps, quand vous étiez jeune ou... ?

Oui, voilà, oui, voilà, par rapport oui même à la trentaine, quand je voyais des personnes de cet âge : « oh là là, ça commence à faire âgé quand même par rapport au... » voilà. On a des a priori et en avançant dans l'âge les a priori disparaissent au fur et à mesure parce qu'on s'y retrouve confronté.

Enquêtrice : La limite... finalement, est revue au fur et à mesure ?

Exactement, on repousse les limites, oui, exactement. (Entretien P10B – Elle : 43 ans, Lui, 44 ans – Durée vie commune : 7 ans – Projet d'enfant au bout de : 4 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente de la 4^{ème} et dernière FIV/ICSI et en cas d'échec recours au don d'ovocyte à l'étranger prévu)

Samantha : Même si dans notre tête on n'a pas l'impression d'avoir 42 et 47, que l'image qu'on se faisait de quelqu'un de 42 et 47 ans quand on en avait 20, ce n'est pas celle qu'on a de nous maintenant et pourtant quand on me dit : « dans 8 ans tu vas avoir 50 ans », j'ai l'impression que 50, c'est très, très vieux. Et je suis sûre que quand j'aurai 50, je me dirai : « je ne suis pas vieille du tout ». Mais, l'idée qu'on se fait à un jour J et 10 ans après, on se dit : « mais non en fait, c'est pas du tout ça quoi. ». (Entretien P10A – Elle : 42 ans, Lui : 47 ans – Vie

commune depuis : 7 ans – Projet d'enfant au bout de : 1-2 ans
– En cours de parcours d'AMP, en attente de la 4^{ème} et dernière
FIV)

Ces trois témoignages montrent comment plus jeunes Émilie, Charlotte et Samantha pensaient qu'avoir un enfant à quarante ans ou plus n'était pas raisonnable car elles seraient alors « trop âgées ». Non seulement elles ne s'imaginaient pas dans cette situation mais plus encore, elles avaient une mauvaise opinion des mères quadragénaires et questionnaient leur choix de vie. Puis elles expliquent comment peu à peu, en atteignant cet âge, sans enfant, mais avec un projet parental en cours, leur avis a changé.

Ce dont elles parlent c'est le vécu de l'avancée dans les âges que l'on expérimente tous : les âges au-dessus du nôtre correspondent à une certaine idée que l'on se fait du vieillissement. Les personnes de ces âges plus élevés semblent « vieilles ». Mais une fois ces âges atteints, l'image que l'on s'en faisait ne correspond pas forcément, et non seulement ne pas se sentir si « vieux », l'on se sent même parfois encore très « jeune ». Ce processus se produit au cours d'une grande partie de la vie. Pour prendre quelques exemples, à l'adolescence, les élèves de 3^{ème} paraissent vieux au regard des 6^{ème}. Il en est de même pour les terminales au regard des secondes, pour les trentenaires au regard de ceux qui ont vingt ans, des quarantenaires au regard des trentenaires, et ainsi de suite. Mais une fois ces différents niveaux de vie atteints, on se rend compte que ceux que l'on considérait comme « plutôt vieux » ne l'étaient pas puisque nous-même et nos pairs, au même âge, sommes toujours « jeunes ». C'est de cette expérience dont témoignent les enquêtées vis-à-vis de la quarantaine d'années. Leurs témoignages montrent la relativité de ce qui fait un « jeune » ou un « vieux », qui évolue au fil de l'existence.

Ce qu'elles mettent en plus en question ce sont les capacités que l'on attribue aux personnes de telle ou telle catégorie d'âge. Avec l'idée de vieillesse il y a aussi l'idée d'une restriction progressive des capacités. Puis, les différents âges atteints, l'expérience du vieillissement diffère de ce qui avait été imaginé et de ce fait la délimitation des capacités envisagées aussi. Nous ne faisons pas référence ici aux capacités physiologiques qui s'altèrent inéluctablement avec l'avancée dans les âges, nous faisons référence aux capacités d'un point de vue social, à savoir qu'est ce qui

socialement est considéré comme étant de l'ordre du possible à tel ou tel âge ? C'est ainsi qu'à 40 ans et plus, les enquêtées se sentent finalement toujours assez « jeunes » physiquement, psychologiquement et socialement pour avoir un enfant. Elles repoussent progressivement les limites d'âge initialement imaginées, puisqu'elles ne correspondent plus à l'idée de vieillesse associée à l'âge en question. Ce n'est pas seulement la limite symbolique des 40 ans qui a ainsi été révisée mais également les âges suivants.

b. Un réexamen constant des limites d'engagement auto-fixées

En démarrant le parcours d'AMP, les enquêtées n'avaient pas imaginé être confrontées à autant d'échecs et à un parcours qui s'éternise. Mais, nous l'avons vu, une fois engagées, elles s'y engagent jusqu'au bout. Elles poursuivent en se disant que finalement par rapport à la limite initialement fixée elles ne sont pas à quelques mois près, ou à une tentative près, notamment après s'être déjà autant investies et d'autant plus, si la prochaine tentative est potentiellement la bonne.

Samantha : Pour moi, ça tombe très bien que ça s'arrête là, parce que par exemple avant de faire la FIV et tout ça, avant d'entrer dans ce processus-là, j'avais dit : « à 40 ans, c'est ma limite ». Bon, on en est à l'insémination, et j'ai dit : « c'est bête, à un ou 2 ans près, allez, on saute la limite ». Je dis : « on ne va pas se reprocher 1 ou 2 ans, on y va, on fonce ». (Entretien P10A – Elle : 42 ans, Lui : 47 ans – Vie commune depuis : 7 ans – Projet d'enfant au bout de : 1-2 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente de la 4^{ème} et dernière FIV)

Enquêtrice : Est-ce que dans votre cas vous vous êtes fixée une limite d'âge pour laquelle vous vous êtes dit : « bon je tente jusqu'à tel âge et après je pense que c'est trop tard » ou... ?

Cécilia : Après, ça ne paraît pas raisonnable en fait. Est-ce que je me suis mis une limite ? Oui, en fait mais cette limite, je la repousse à chaque fois en fait.

Enquêtrice : Initialement, qu'est-ce que c'était cette limite ?

Initialement, au départ je me suis dit : « on se donne un an ». Puis au bout d'un an, comme on voit qu'il y a toujours un truc, une possibilité, qu'on n'a pas épuisé toutes les solutions, bin

on repousse. Aujourd'hui, j'ai envie de dire que j'aurais bien aimé avoir un enfant avant d'avoir 44 ans, et que oui, sans doute 44 c'est la limite quoi. (Entretien P11B – Elle : 43 ans, Lui : 50 ans – Durée vie commune : 15 ans – Projet d'enfant au bout de : 13 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente 2^{ème} et dernière FIV compte tenu de son âge)

Ces deux extraits montrent comment les limites maximales d'engagement dans le parcours d'AMP initialement prévues sont peu à peu révisées en raison des échecs vécus. La volonté de voir aboutir le projet d'enfant, couplé à la *spirale* et au *cercle d'engagement* dans lequel elles se trouvent, amènent peu à peu à repousser les limites qu'elles s'étaient elles-mêmes fixées, qu'elles concernent l'âge, la durée du parcours, ou encore le nombre de tentatives.

Une autre limite a également pu être révisée au fil du parcours. Il s'agit du type de tentatives auquel les enquêtées sont prêtes à recourir. Au fur et à mesure de la confrontation aux échecs, de nouveaux moyens pour avoir l'enfant désiré sont peu à peu devenus envisageables alors qu'ils ne l'étaient pas jusqu'alors. Le recours à l'AMP a été un premier pas vers l'acceptation d'une technique médicale non souhaitée pour mener à bien le projet parental. Puis, quelques fois le recours au don de gamètes ou encore à l'adoption ont constitué une nouvelle étape d'acceptation de l'initialement inenvisageable.

Sarah et son compagnon, qui a été diagnostiqué infertile, ont progressivement envisagé de recourir au don de sperme. Elle a effectué 5 tentatives d'insémination avec don de sperme qui ont échoué, puis elle a tenté une FIV/ICSI ayant aussi échoué. Compte tenu de son âge lorsque je la rencontre, elle ne peut en effectuer plus qu'une. Envisageant le fait que cette dernière tentative puisse échouer, elle commence à considérer la possibilité de recourir à l'adoption, ce qui lui apparaissait jusqu'alors inenvisageable.

Sarah : Donc, cette deuxième tentative est très importante parce que là, je commence à me dire... à envisager l'adoption. Ce qui jusque-là n'était absolument pas envisageable. C'est vraiment la démarche, parce qu'on se rend compte que ce qu'on n'avait jamais envisagé auparavant commence à arriver

et faire son nouveau chemin. Et là, je me renseigne, je commence à aller voir.

(...)

Même si, au début, on a envie que ce soit avec son partenaire, mélangé avec son compagnon, ensuite, bon bin, ce n'est plus mélangé à son compagnon, mais c'est quand même... on va connaître la maternité, le fait d'enfanter... Et bin, maintenant, c'est carrément autre chose. C'est aider un enfant. De toute façon, il y a plein de chemins... Vraiment... moi si je pense à faire un enfant, je vois un adulte. Je n'ai plus l'envie d'un bébé, c'est... enfin... pour dire que tout ce temps qui défile, avec ces moments, on a le temps de penser à mille choses, donc vraiment l'impression d'enfanter un futur être humain, pas de faire un bébé, voilà. (Entretien P2B – Elle : 42 ans et 11 mois, Lui : 46 ans – Vie commune depuis : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – En cours de parcours d'AMP, en attente de la dernière FIV/ICSI avec don de sperme en raison de son âge)

Sarah témoigne ainsi de la façon dont au fil d'un parcours d'AMP le projet parental peut évoluer. Il ne s'agit plus pour elle d'avoir un enfant issu des gamètes de son couple, ou d'un enfant qu'elle portera et accouchera, mais d'avoir un enfant qu'elle élèvera, peu importe les liens génétiques.

Mounia, expliquant aussi comment elle a progressivement changé d'avis alors qu'elle était initialement défavorable à l'AMP, précise que finalement il est difficile de refuser une aide existante.

Mounia : Non, je trouve que c'est juste une chose merveilleuse quoi... d'avoir ça, d'avoir cette possibilité-là. Et, à vrai dire, mon avis il a considérablement évolué depuis le début. Au fur et à mesure de l'expérience qu'on vit, on s'adapte à ce qui nous arrive en fait, comme toujours dans la vie de chaque être humain, et c'est vrai qu'au début je trouvais ça peut-être... bon il ne faut pas forcer la nature, si ça ne veut pas, ça ne veut pas... et puis une fois qu'on n'a plus peur du processus, une fois qu'on est dedans et une fois qu'on a découvert les possibilités, c'est vrai qu'on se dit, c'est des a priori un peu ridicules qu'on se met... enfin ce serait ridicule de s'en priver quoi. (Entretien P8A – Elle : 42 ans, Lui : 40 ans – Durée vie commune : 11 ans – Projet d'enfant au bout de : 9 ans – En

cours de parcours d'AMP, en attente de la 4ème et dernière FIV)

Les *a priori* sur les âges, comme sur les différentes techniques médicales ou encore sur l'idée d'avoir un enfant qui ne soit pas génétiquement lié, ont disparu ou changé au fur et à mesure que les femmes ont été confrontées aux échecs et ont avancées dans le parcours. Leur projet d'enfant n'a pas abouti dans les limites qu'elles s'étaient fixées, et si elles souhaitent poursuivre ce projet, alors elles doivent envisager les choses différemment, repousser les limites d'engagement, voire envisager un nouveau modèle de conception de l'enfant désiré.

Même si les différentes limites sont régulièrement révisées, aucune des enquêtées n'envisage toutefois de dépasser l'âge de 45 ans. La plupart, après plusieurs révisions dues aux échecs, se fixent comme grande limite celle imposée par la sécurité sociale en France, soit 43 ans. Quelques unes se fixent 44 ou 45 ans. Une d'entre elles s'est toutefois questionnée sur un éventuel changement d'avis une fois cet âge atteint si elle n'a toujours pas d'enfant.

Françoise : Quoique... si on a vraiment envie d'être mère, peu importe l'âge... Je pense que moi, quand j'avais... j'étais plus jeune, je me disais : « à 40 ans c'est trop tard pour avoir son premier enfant », parce que moi j'ai pas d'enfant, donc aujourd'hui j'ai 41 ans et j'ai quand même envie d'avoir mon premier enfant. Donc aujourd'hui, je me dis : « 45 ans c'est trop tard pour avoir son premier enfant. Mais peut-être qu'à 45 ans, si je n'ai toujours pas eu d'enfant et que j'ai la possibilité de le faire, je le ferai. Donc voilà, après, c'est sûr que si on attend que ça soit la femme qui mette la limite d'âge, je pense que la limite d'âge, ce sera la ménopause. (Entretien P6B – Elle : 41 ans, Lui : 38 ans – Vie commune depuis : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – En cours de parcours d'AMP, en cumul ovocytaire en attente de la 1^{ère} FIV)

Françoise a aussi changé progressivement d'avis concernant les représentations qu'elle se faisait des âges futurs lorsqu'elle les a atteints, sans que le projet parental ne soit abouti. Elle imagine ainsi que la limite maximale de 45 ans qu'elle se fixe peut également être révisée si à cet âge elle n'a toujours pas d'enfant. Néanmoins, comme

elle le dit alors, une autre limite demeure. Il s'agit de celle de la ménopause qui se situe en moyenne autour de 50 ans.

Pour ces femmes, les limites d'engagement auto-fixées peuvent être révisées et déplacées en sachant que cela ne conduit pas un affranchissement des limites *naturelles* de la procréation, qui reposent ici sur la ménopause et non sur la réserve ovarienne, contrairement au cadre légal de l'AMP française.

Mais d'autres limites demeurent également. Les enquêtées appréhendent les bornes de leur *temporalité procréative* en référence à leur capacité procréative (*capacité ovarienne et/ou gestationnelle*) et leur « sentiment de jeunesse » du corps en son entier, à la fois physique, psychique et social, déterminant pour elles si elles sont trop âgée ou non pour engendrer. Elles appréhendent ces référents normatifs non seulement pour envisager le moment de la procréation, mais plus largement en se projetant dans une temporalité longue dans laquelle elles imaginent les conditions d'éducation de leur enfant.

c. Les limites ne disparaissent pas mais reposent sur d'autres référents

Bien que les limites d'engagement dans le parcours d'AMP soient souvent réévaluées, elles ne disparaissent pas pour autant et demeurent centrales dans les préoccupations des femmes. Elles n'avaient en effet à aucun moment de leur existence imaginé se consacrer à ce projet à l'âge qu'elles ont. Certaines d'entre elles avaient même une mauvaise opinion de la maternité à plus de 40 ans. Elles sont donc confrontées à un questionnement personnel sur ce qui doit déterminer pour elles la fin du parcours d'AMP et ainsi, la fin éventuelle du projet parental, en cas d'échec des tentatives de FIV.

Leurs questionnements dévoilent que ce n'est pas l'âge qu'elles ont au moment où elles tentent d'avoir un enfant qui les préoccupe le plus, ni l'âge auquel elles mènent la grossesse, contrairement aux médecins. Elles se sentent « jeunes », en capacité de mener ces étapes, qui plus est, en adéquation avec les normes sociales. Ce

qui les préoccupe et doit conduire pour elles à une limite d'implication dans le projet parental est l'impact que leur âge aura sur la relation avec l'enfant à venir.

Émilie : Donc je me dis, si ça marche vite, ça va, et après je n'ai pas envie de faire un enfant à 45 ans, ça c'est sûr. Du coup, je me dis si ça arrive dans les 42 ans ça va, et si après ça traîne, là on se reposera à nouveau les questions.

Enquêtrice : Vous dites : « je n'ai pas envie de faire un enfant à 45 ans c'est sûr » c'est parce que ça signifierait que, enfin, il y aurait encore une longue période de ce parcours qui est difficile à vivre ou est-ce que 45 ans, vous vous dites « non, ça fait trop âgé » ou est-ce quelque chose de... ?

C'est ça, j'ai un peu peur pour l'enfant qu'il y ait une trop grande différence. En fait c'est plus ça qui me préoccupe. Le parcours à la limite, je suis dans le parcours, je pourrai tenir encore malheureusement encore longtemps mais après je me dis, par rapport à l'enfant est-ce, je n'ai pas la réponse, mais est-ce qu'à un moment donné, ça ne fait pas une trop grosse différence ? Du coup, on se dit : « quand il aura 30 ans, on en aura 75... » Voilà, je n'ai pas la réponse, je me dis : « je ne sais pas » puis je me dis : « ce n'est peut-être pas idéal... pour l'enfant ». Pour moi, ce n'est pas grave je pense que je serais prête à passer outre toutes les difficultés mais après il faut penser à l'enfant, puisque si on veut un enfant, on ne veut pas se faire un projet pour nous quoi, c'est pour fonder une famille et tout ça. Oui, je me dis que c'est une limite... (Entretien P1B – Elle : 41 ans, Lui : 30 ans – Durée vie commune : 5 ans – Projet d'enfant au bout de : 2 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente d'une 4^{ème} et dernière FIV et en cas d'échec recours au don d'ovocyte en Espagne prévu)

Aurélie : Quand je pense à mon âge ce n'est pas l'âge auquel j'ai mon enfant qui compte le plus, c'est l'âge que j'aurai quand il aura 18-20 ans. Lorsqu'il va commencer à prendre son envol, faire des études et où je n'ai pas envie d'être en face une mamie à la retraite complètement décalée de son enfant. C'est plus dans ce sens là où je pense qu'effectivement l'avoir maintenant à 41 ans, bon ben j'aurai 60, maintenant l'âge de la retraite se décale aussi, je serai encore en activité, je ne serai peut-être pas aussi active que je l'étais, aussi réactive ou aussi dans le coup que j'aurais pu l'être si j'avais eu 40 ans quand mon enfant en avait 20, mais voilà ça ne restera pas non plus, je ne serai pas à la retraite, il ne dira pas quand il sera avec d'autres étudiants à la fac, ah ouai mais mes parents

ils sont à la retraite à d'autres étudiants dont leur parents ont encore 45-50. Donc il y a ça. Après l'autre chose à laquelle on pensait juste par rapport à mes 41 et à ses 43, on s'est fait la remarque il n'y a pas longtemps, on s'est dit quand on ira le chercher à l'école, on aura 10 ans de plus que tous les autres parents, on aura forcément un décalage, en plus nous ça sera notre premier, mais quand je vois par exemple ma soeur qui a eu son premier à 25-26 ans, voilà on va avoir 10 à 15 d'écart avec les autres parents, peut-être on peu de décalage à ce niveau là. Alors aussi plus de maturité, plus de recul, moins de stress par rapport à la vie professionnelle parce que voilà elle est déjà un peu plus enclenché. Mais peut-être que notre enfant il ressentira le fait que ses parents sont plus âgés que les parents de ses copains ou ses copines à l'école. C'est plus dans ces termes là qu'on le pense. (Entretien P1A – Elle : 41 ans, Lui 43 ans – Durée vie commune : 2 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an - En cours du parcours d'AMP, en attente de la 1^{ère} FIV après plusieurs inséminations avec la gynécologue habituelle)

Géraldine : Plus on fait les enfants tard, plus c'est difficile à gérer mais aussi pour eux. C'est à dire avoir une maman qui ressemble plus à une grand-mère, c'est un peu compliqué à gérer pour des enfants. Après nous, il faut être aussi fataliste, il faut être... on a moins de patience, on ne vit pas les choses de la même façon à 50 ans qu'à 30 ans. On n'éduque pas les enfants de la même façon... je pense qu'il faut être... C'est important d'avoir encore les pieds sur terre et pas se dire : « il faut absolument un enfant, un enfant, un enfant ». Je veux dire, il faut aussi le mettre dans les conditions de vie et avoir des parents vieux, à 50 ans, c'est à dire qu'à 70 ans, il a 20 ans, c'est un peu... c'est un peu quand même difficile. (Entretien P4B – Elle : 41 ans, Lui : 43 ans – Vie commune depuis : 2 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – Au début du parcours d'AMP, en cours de stimulation en attendant la 1^{ère} FIV)

Cécilia : Aujourd'hui, j'ai envie de dire que j'aurais bien aimé avoir un enfant avant d'avoir 44 ans, et que oui, sans doute 44 c'est la limite quoi. Pas le concevoir, même avoir un enfant après 44 ans, je trouve que ça fait... Mais après c'est mon choix. Mais ce n'est pas... Moi j'ai peur que ça fasse tard, d'être complètement décalée, d'être... que ce soit difficile. Physiquement et aussi je pense un enfant adolescent... ce qui

est un moment plus difficile, on a l'impression d'avoir des parents trop vieux, mais là ce serait vrai. Donc, moi j'ai eu des parents jeunes, et je les trouvais déjà trop vieux. Donc j'imagine quand c'est vrai, que ça peut être difficile à vivre. Donc je ne veux pas non plus que ce soit un caprice... pas un caprice non, que mon choix soit subi par quelqu'un autre. Je ne veux pas imposer ça à quelqu'un, encore plus à un proche... C'est plus... Après, physiquement, moi, je n'ai pas... je me sens bien. Je me sens même mieux physiquement et mentalement aujourd'hui qu'à 30 ans. Donc, c'est dommage. Je ne suis pas en phase. (Entretien P11B – Elle : 43 ans, Lui : 50 ans – Durée vie commune : 15 ans – Projet d'enfant au bout de : 13 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente 2^{ème} et dernière FIV compte tenu de son âge)

Ce qui compte pour elles pour déterminer la limite de la fin de leur engagement dans le projet d'enfant par AMP est donc l'écart d'âge avec l'enfant à venir. Elles veulent s'assurer que cet écart ne soit pas trop important. Contrairement aux médecins et au discours social qui ne se focalisent que sur l'âge présent et sur la dimension biologique de la procréation, elles se projettent dans le futur et prennent en compte plus largement la dimension temporelle et relationnelle de l'engendrement. Avoir un enfant ne consiste pas pour elles à se préoccuper uniquement des conditions de procréation, de gestation et d'accouchement, il s'agit aussi de savoir si les conditions de la maternité seront adéquates pour l'enfant. L'enfant ne souffrira-t-il pas d'avoir des parents âgés ? N'auront-elles pas plus de difficultés à l'élever, notamment à l'adolescence ? Ne seront-elles pas trop en décalage avec lui ? Avec les autres parents plus jeunes ? N'auront-elles pas l'air d'être la grand-mère de l'enfant ?

La question du brouillage intergénérationnel et l'impact que cela risque d'avoir sur la relation avec leur enfant est au cœur de leurs préoccupations. En outre, cet écart risque de mettre un terme au modèle de la famille à 3 générations tel qu'elles l'ont connu et s'en inquiète.

Géraldine : Et c'est vrai, à l'âge que j'ai, je ne suis plus toute jeune et que moi, je vois mon compagnon Fabrice, qui a une maman qui a 80 ans, quand je vois ça, je me dis : « punaise, si je fais cet enfant-là, j'aurai 80 ans ». Donc c'est bien de se poser cette question-là aussi, parce qu'ils ne pourront pas compter sur nous comme moi je peux compter sur ma mère.

Là, l'enfant qu'on aura, il ne pourra pas être gardé par sa mère et ma mère qui s'occupe de 4 enfants de ma petite sœur et 3 de ma grande sœur, elle commence à fatiguer. Et quelque part, il ne va pas connaître ses grands-parents vraiment bien, cet enfant-là qui va naître. (Entretien P4B – Elle : 41 ans, Lui : 43 ans – Vie commune depuis : 2 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – Au début du parcours d'AMP, en cours de stimulation en attendant la 1^{ère} FIV)

Marie-Claire : Alors après, il y a aussi la vie qui fait qu'autour de soi on a des amis, de la famille qui avancent avec un enfant, deux enfants, trois enfants, avec basiquement... nos parents qui vieillissent aussi et qui... par exemple la maman de [mon compagnon] a été très très malade, ma mère a été très malade, dans ce temps-là, et avec tout ce que ça suppose de se dire, mais ça veut dire que peut être si on a des enfants, si on arrive à accéder à cette... à ce projet, est ce qu'ils vont connaître leurs grands-parents ? (Entretien P12B – Elle : 40 ans et 5 mois, Lui : 39 ans – Durée vie commune : 8 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – En cours de parcours d'AMP depuis 6 ans, en attente du transfert d'un embryon congelé suite à une FIV en don d'ovocyte en Espagne ayant échoué)

Marion : Je me disais quand j'aurai 60 ans ou 65 ans j'aurai un jeune de 20 ans à m'occuper, c'est, ça ne va pas être facile parce que ça ne sera pas dans la même, ça sera voilà, et puis ça va être, et puis j'ai dit bon je ne sais pas jusqu'à quel âge je vais vivre, autant je vais vivre jusqu'à 90 ans comme je peux vivre jusqu'à 60 ans donc je ne le verrai pas grandir, je veux dire je ne le verrai pas marié, je ne verrai pas mes petits-enfants et voilà on se projette dans le futur on dit que bon, ce n'est pas la peine de voilà. (Entretien P5A – Elle : 42 ans, Lui : 45 ans – Durée vie commune : 12 ans – Projet d'enfant au bout de : 2 ans – Fin du parcours d'AMP avec échec après 4 FIV et une insémination)

L'importance de ne pas être trop âgée pour avoir un enfant repose aussi dans leurs discours sur la volonté de reproduire un certain modèle de famille composé de trois générations. D'une part, elles ne souhaitent pas brouiller les statuts générationnels en devenant mère à l'âge d'être grand-mère. D'autre part, elles ne souhaitent pas la

disparition des relations entre grands-parents et petits-enfants. Elles craignent en effet que leur parents et futur enfant ne puissent se connaître ou qu'elles-mêmes ne puissent connaître plus tard la grand-parenté. Cette éventualité est un argument supplémentaire justifiant pour elles une limite future à l'engagement dans le projet parental par AMP, autour de 45 ans, et qui justifie leur « course contre la montre », y compris lorsqu'elles ne sont plus contraintes par les limites administratives française.

L'enquête montre en effet que leur sentiment d'être dans une situation d'urgence, la volonté d'avancer au plus vite dans le parcours d'AMP ne sont donc pas uniquement liés au compte à rebours de la réserve ovarienne et aux échéances légales et administratives du parcours d'AMP. Si les enquêtées sont pressées de concrétiser leur projet d'enfant c'est également car elles jugent important de ne pas avoir un enfant à un âge trop élevé, au risque que leur relation future soit affectée.

L'importance accordée au bien-être de l'enfant les a tout d'abord souvent conduit à ne pas envisager la maternité jusqu'à 35-40 ans. Souhaitant accueillir un enfant dans des conditions qu'elles jugeaient optimales, il n'était bien souvent pas question pour elles d'essayer d'en avoir en étant célibataire, dans un appartement trop petit, sans stabilité professionnelle et financière, etc. Nous avons déjà eu l'occasion de rappeler que la diminution du nombre d'enfant par femme s'est accompagnée d'une augmentation de l'intérêt porté aux conditions de la mise au monde. Il s'agit d'une des raisons expliquant l'éventuel report du projet d'enfant dans le temps des enquêtées : sans les conditions jugées optimales et nécessaires obtenues, bien souvent la question d'avoir un enfant ne se posait même pas. C'est ainsi que plusieurs des enquêtées ont mis en place leur projet parental lorsqu'elles avaient autour de 40 ans. Néanmoins, comme nous l'avons vu, confrontées aux échecs de la procréation en raison de l'altération de leur réserve ovarienne, le projet d'enfant ne se concrétise pas dans les temps souhaités. La période idéalisée, d'une fenêtre très réduite variant entre 1 et 5 ans, est très vite dépassée et la question du terme au projet d'enfant est rapidement posée. Nous voyons alors que l'importance accordée au bien-être de l'enfant, non seulement amène à un report de la maternité dans le temps, mais est aussi ce qui permet d'envisager un terme à ce projet, qui n'est pas repoussé de manière indéterminé. En effet, elles considèrent que trop reporter dans le temps le projet parental risque de nuire au bien-être de l'enfant qui risque de souffrir d'avoir une mère trop âgée.

Nous retrouvons en partie la « capacité éducative » à laquelle font référence les médecins pour justifier la limite d'âge autour de 60 ans imposée aux hommes dans l'accès à l'AMP. En partie seulement, car les médecins font référence pour les hommes au risque qu'ils décèdent avant la majorité de l'enfant et ne puissent être présent à ses côtés pour l'accompagner jusqu'à la vie d'adulte. Mais en aucun cas ils ne font référence à la qualité de la relation que les hommes pourraient avoir avec leur enfant. Les femmes interrogées parlent aussi du risque de décès précoce dans la vie de l'enfant, mais à moins de 45 ans lors du projet parental, ce risque est minime pour elles. Elles font plutôt référence au risque de ne pas connaître leurs petits-enfants ou plus largement la vie d'adulte de leur enfant. Mais surtout, elles s'inquiètent, comme nous l'avons vu, que leur âge affecte la relation avec l'enfant. Il s'agit de la raison principale justifiant pour elles un terme futur au projet parental par AMP.

Qu'en est-il des compagnons des femmes rencontrées ? S'interrogent-ils de la même manière sur les conditions d'éducation en relation avec leur âge ?

d. Les hommes face à la pression liée à l'âge

Les enquêtées ont expliqué que leur compagnon ne sont pas soumis à une pression liée à l'âge identique à la leur, notamment car aucune limite ou discours équivalents ne leur sont imposés et car ils peuvent naturellement procréer plus tardivement. Quant à la pression liée plus spécifiquement à la capacité éducative elle semble différer de celle éprouvée par les femmes.

Les femmes rencontrées rapportaient ainsi que leurs compagnons ne semblaient pas éprouver d'angoisse face au temps qui passe et à leur âge. C'est notamment le cas des compagnons d'Estelle et Mélanie.

Estelle : Moi je ne me sens pas d'avoir un enfant à 48 ans, je veux dire, c'est vraiment. Donc aujourd'hui, je... on a fait la démarche très vite parce qu'on était aussi limité par le temps. Lui pas, mais moi oui en tout cas. (Entretien 7B – Elle : 43 ans, Lui : 45 ans – Durée vie commune : 3 ans – Projet d'enfant au

bout de : 1^{er} mois – Fin parcours d’AMP après inséminations, poursuit naturellement avec stimulation ovarienne)

Mélanie : *Lui, il est pressé par l'envie d'enfant. Moi je suis pressée par ça, mais je suis un peu plus pressée que lui peut être, parce que j'ai envie d'être en forme pour l'enfant et je n'ai pas envie d'être... Voilà, j'ai envie de profiter et de lui offrir, c'est bizarre de dire ça, mais ma forme physique quoi.* (Entretien P5B – Elle : 40 ans, Lui : 48 ans – Durée vie commune : 18 mois – Projet d’enfant au bout de : 1 an – Au début du parcours d’AMP, en attente du début de la stimulation hormonale pour la 1^{ère} FIV/ICSI)

Nous voyons à travers ces deux extraits que l’importance de ne pas être trop âgé pour avoir un enfant n’est pas symétrique entre les femmes interrogées et leur compagnon. Le témoignage de Mélanie montre plus particulièrement que la question de la « jeunesse » du corps pour élever l’enfant se pose principalement pour elle. Néanmoins nous ne possédons pas suffisamment d’éléments permettant d’interpréter cette asymétrie. Son compagnon, âgé de 48 ans, est-il moins inquiet qu’elle quant à sa forme physique pour élever l’enfant à venir car il se sent moins concerné par l’éducation de l’enfant ? Ou n’est-il pas concerné par cette question car il estime qu’il sera moins affecté par le vieillissement et toujours en condition physique suffisante lorsque l’enfant sera là ?

Nous pouvons faire l’hypothèse que ces deux suppositions jouent conjointement un rôle pour expliquer cette asymétrie de genre. En effet, des travaux ont montré d’une part que l’avancée dans les âges et le vieillissement ne se vivent pas de manière symétrique selon le genre, le vieillissement affectant davantage les femmes (Legrand et Voléry, 2012). Et d’autre part, comme nous l’avons déjà rappelé, les femmes demeurent toujours davantage concernées par les tâches domestiques et éducatives que ne le sont les hommes.

Néanmoins, d’autres enquêtées ont en revanche décrit des compagnons inquiets par l’écart d’âge qu’ils auront avec leur enfant.

Enquêtrice : Et concernant votre compagnon, est-ce que lui-même s'interroge sur les limites d'âge ?

Cécilia : *Oui, oui, il s'est beaucoup interrogé au début. Là, on n'en parle plus, mais au début oui, ça l'inquiétait beaucoup, parce qu'il se disait : « mais après moi j'ai... quand on a commencé il avait 48 ans... est-ce que je ne vais pas... un enfant perdre son père trop tôt ? » Il se pose des questions comme ça... On se dit : « mais attends, tu as, de toute façon au moins 20 ans devant toi en théorie. 20 ans, même peut-être plus, sûrement plus, parce que 20 ans ça fait 70. » En plus, il est plutôt en forme aussi, il prend soin de lui. Donc, oui, on se disait que oui... le but c'est aussi de laisser son enfant démarrer dans la vie, donc pouvoir l'accompagner jusqu'à ses études s'il en fait. Après, on a un peu moins besoin de ses parents. On en a toujours besoin, mais différemment.* (Entretien P11B – Elle : 43 ans, Lui : 50 ans – Durée vie commune : 15 ans – Projet d'enfant au bout de : 13 ans – En cours de parcours d'AMP, en attente 2^{ème} et dernière FIV compte tenu de son âge)

Géraldine : *On n'est pas vieux jeu, on est quand même jeune. Donc c'est vrai que c'est aussi une qualité mais bon, comme nous, après, on ne veut pas toujours prendre des cas, après là-dessus, c'est pareil, il se projette. Il se dit : « un enfant à 50 ans, ça commence à faire mine de rien ». Les hommes ils partent peut être plus tôt aussi. Donc, il se dit : « peut être à 70 ans, je ne serai plus là. Mon enfant il aura 20 ans... Ce n'est pas sympa quoi... ce n'est pas... ». Voilà, après il peut mourir plus tôt, il peut... Mais dans ce qu'on nous a inculqué, il y a quand même plus de chances qu'on parte plus vers cet âge de 70 ans, 80 ans qu'à 50 ans. Donc, là-dessus, effectivement, on se rejoint pour nos décisions, oui, voilà.* (Entretien P4B – Elle : 41 ans, Lui : 43 ans – Vie commune depuis : 2 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – Au début du parcours d'AMP, en cours de stimulation en attendant la 1^{ère} FIV)

Les préoccupations des hommes concernant l'écart d'âge avec l'enfant à venir, décrites dans ces deux extraits, diffèrent des celles des femmes et rejoignent celles formulées par les médecins. La crainte évoquée est liée à l'espérance de vie et au risque de décéder lorsque l'enfant sera encore jeune. La capacité à pouvoir élever

l'enfant sans que la relation parent-enfant ne soit affectée par l'écart d'âge important n'est pas questionnée. Nous pouvons aussi faire l'hypothèse que cela est lié au fait qu'historiquement l'existence de pères âgés est plus fréquente et socialement acceptée que les maternités à des âges élevés, suscitant de fait moins de questionnement pour ces derniers.

Un seul des témoignages recueillis présente un compagnon impliqué au même titre que la femme et étant également soumis à une pression du temps.

Marie-Claire : *Et surtout ce qui était compliqué, c'est que moi je lui disais : « j'arrête, j'ai besoin de digérer tout ce qui s'est passé », et que lui avait besoin de continuer de se projeter. Je ne disais pas que je ne voulais pas ou plus me projeter, je disais juste que j'avais besoin de faire un temps de pause. Or pour mon mari c'était important. Il entendait complètement que j'avais besoin de me poser, voilà, mais la question c'était : « qu'est ce qu'on fait après ? » Et surtout, surtout, son... alors on en revient aux thématiques, mais son grand leitmotiv c'était de dire : « le temps passe quoi. Et plus on laisse le temps passer, plus on sait que nos chances s'amenuisent ». Et moi je lui disais : « je sais que le temps passe mais en même temps, je ne peux pas faire sans le... C'est comme si... je ne peux pas faire... Mon temps psychique à moi, je sais que ce n'est pas le temps médical, je sais que le temps de mon corps, je sais que ce n'est pas le temps du dehors. (...)*

Enquêtrice : Et la pression du temps de votre mari était liée à son propre âge, lié au vôtre, ou les deux ?

C'est lié au temps qui passe, au fait d'avoir aussi... oui d'être dans l'attente. Alors après, il y a aussi la vie qui fait qu'autour de soi on a des amis, de la famille qui avancent avec un enfant, deux enfants, trois enfants, avec basiquement... nos parents qui vieillissent aussi (...) Et puis aussi de se dire : « alors là OK, donc là maintenant j'ai 38 ans, donc quand il en aura 20, j'en aurai 58 ». Ouh... La représentation de l'âge aussi 58 OK, je serai proche de la retraite, probablement plus trop à ce moment-là... mais bon ! Je n'aurai peut-être pas les mêmes facultés, je vais être quoi ? Une vieille dame ? Un vieux monsieur ? Qu'est ce que j'ai envie de montrer de moi ? (Entretien P12B – Elle : 40 ans et 5 mois, Lui : 39 ans – Durée vie commune : 8 ans – Projet d'enfant au bout de : 1 an – En cours de parcours d'AMP depuis 6 ans, en attente du

transfert d'un embryon congelé suite à une FIV en don d'ovocyte en Espagne ayant échouée)

Marie-Claire explique que ses préoccupations liées au temps qui passe et à l'avancée dans les âges sont partagées par son compagnon. Lui aussi est inquiet de voir le temps défiler et des implications que cela risque d'avoir non seulement sur les chances de réussite mais aussi sur les relations parents/enfants et grands-parents/petits-enfants.

Confrontées à de nombreux échecs au cours du parcours d'AMP, pour mener à bien leur projet parental, les femmes rencontrées ont dû repousser les limites d'engagement (âge, nombre et type de tentatives) qu'elles pensaient au départ ne pas franchir. Prises dans une *spirale* et un *cercle d'engagement*, elles sont progressivement allées au bout du parcours français et l'ont parfois poursuivis en don d'ovocytes à l'étranger.

Toutefois, ce n'est pas pour autant que disparaissent toutes limites pour réaliser ce projet (Rozée, 2012). Elles ne cessent de se poser elles-mêmes des barrières, mais qui ne correspondent pas à celles du cadre légal français qui délimite les seuils de la *temporalité procréative* en fonction de l'« horloge biologique », confondue avec la réserve ovarienne.

L'enquête montre que les femmes interrogées mobilisent d'autres référents. Nous avons déjà vu qu'elles ne sont pas pleinement infertiles, leur *capacité gestationnelle* demeure et, plus largement, leur « sentiment de jeunesse » du corps, en adéquation avec les normes de société, compte aussi pour elles. En se tournant vers l'AMP, il s'agit pour elles, comme pour les femmes plus jeunes, de réparer l'*infertilité ovarienne* pour l'ajuster à la *capacité gestationnelle*, après quoi, une fois enceinte elles seront en capacité de porter, d'accoucher et d'élever l'enfant. Les référents délimitant pour elles la *temporalité procréative* sont liés à la fois aux capacités du corps en son entier pour avoir un enfant, non circonscrites à la seule *capacité ovarienne*. Dans ce cadre, lorsqu'elles repoussent les limites d'engagement dans le

parcours d'AMP initialement imaginées, elles n'agissent pas sans plus aucune limite. Elles agissent dans le cadre d'un modèle normatif autrement plus complexe que celui de l'AMP, prenant en compte tout à la fois la dimension temporelle de l'infertilité, mais aussi les dimensions temporelle et relationnelle de la maternité.

Ainsi, la fin de l'engagement dans le projet parental par AMP qu'elles imaginent, repose sur le risque d'altération de la relation avec l'enfant, en raison de leur âge. Elles envisagent ce risque comme limite pour renoncer à leur projet d'enfant, quand bien même leur *capacité gestationnelle* et leur sentiment d'être « jeune » demeurent intacts au moment de cette prise de décision.

L'enquête montre ainsi que loin d'exiger un « droit à l'enfant » sans se soucier de leur âge au moment de l'éduquer ou sans se soucier du bien-être de ce dernier, l'importance de ne pas être trop âgées pour amener à la vie d'adulte l'enfant désiré est au cœur de leurs préoccupations. En outre, leurs discours ne témoignent pas d'une volonté de s'affranchir des limites « naturelles » de la fertilité, mais plutôt de pouvoir être aidées dans cette période floue où la limite entre fertilité et infertilité physiologique n'est pas évidente à définir. Dans cette *zone grise* de l'infertilité, les limites d'engagement sont déplacées mais d'autres subsistent. Toutefois, pour elles, ce n'est pas la *nature* telle qu'envisagée par le modèle bioéthique qui sert de guide à ces limites, c'est une certaine idée de la maternité dans leur parcours de vie, celui de leur couple, et de l'enfant à naître.

Conclusion de la quatrième partie

L'investissement des femmes dans le parcours d'AMP va souvent plus loin que ce qu'elles imaginaient initialement. Alors qu'elles disent tout d'abord qu'elles ne dépasseront pas tel âge, tel nombre ou tel type de tentative, ou encore telle durée de parcours ; confrontées aux échecs des FIV, elles poursuivent leur engagement en repoussant une à une ces limites. La question « jusqu'où aller » semble donc au cœur de ces parcours. Nous avons vu que les risques pris, les difficultés surmontées au fil du parcours rendent presque impossible son arrêt avant le terme prévu par le cadre administratif et légal lorsque le projet d'enfant n'a pas abouti. Les femmes sont prises dans une *spirale d'engagement*, elles se sont tellement investies et ont pris tellement de risques qu'il ne leur semble pas envisageable de renoncer sans avoir atteint l'objectif fixé après s'être déjà tant engagées. La tentative suivante réussira peut-être, elles estiment qu'il serait dommage de ne pas aller au bout du parcours après avoir tant donné de soi et de son couple. Mais elles sont aussi prises dans un *cercle d'engagement* à teneur plus négative, lié à la perspective de l'échec final. La souffrance qu'elles risquent d'avoir alors à surmonter, justifie de tout tenter pour l'éviter. Voici comment peu à peu elles repoussent les limites d'engagement dans le parcours qu'elles ne pensaient initialement pas franchir.

Pourtant, cet investissement toujours plus loin n'est pas dénué au final de toutes limites. Un cadre normatif plus large guide leurs actions tout au long du parcours d'AMP. Les référents qui les ont conduits à démarrer leur projet parental et à le poursuivre en AMP malgré l'altération ovarienne, ne disparaissent pas. Elles se perçoivent toujours suffisamment « jeunes » pour pouvoir mener une grossesse, accoucher, puis élever l'enfant à venir dans des conditions qu'elles jugent adéquates, physiquement, psychiquement, comme socialement. Ces référents ne sont pas remis en cause lorsqu'elles repoussent les limites d'engagement dans le parcours d'AMP. À moins de 43 ans, elles savent qu'elles ne les outrepassent pas.

Ainsi, bien que des limites soient repoussées, le cadre normatif qui a justifié pour elles de se lancer dans le projet de maternité subsiste et explique à présent leur engagement tout au long du parcours d'AMP intraconjugal en France, puis en don d'ovocytes à l'étranger.

Nous voyons donc que contrairement au cadre normatif du modèle bioéthique de l'AMP, il n'est pas question pour elles de savoir si elles n'outrepassent pas les limites de la « nature » car leur réserve ovarienne est altérée, ou si leur démarche n'est que le fruit des évolutions sociales, si leur infertilité est bien « pathologique » et légitime, ou bien « normale » et illégitime en AMP. Ces oppositions ne sont pas opérantes pour elles et ne correspondent pas à leurs représentations des seuils de la fertilité féminine et plus largement de l'*engendrement maternel*. Le cadre normatif dans lequel elles s'inscrivent diffère du modèle bioéthique et repose sur une vision plus complexe de la fertilité féminine et de la *temporalité procréative*. Elles ne se réfèrent pas en effet à la seule *capacité ovarienne*, d'autres référents comptent pour elles : la *capacité gestationnelle*, le *sentiment de jeunesse*, la *capacité éducative*, le tout en adéquation avec les normes de société et la recomposition des normes d'âge à la maternité. Elles ne se perçoivent pas *en-dehors de la nature* puisque leur corps leur permet d'être ajustées à tous ces éléments. Rappelons qu'elles ont entre 40 et 43 ans, qu'il ne s'agit pas pour elles d'envisager la maternité après la ménopause, ou à l'âge de 70 ans. Elles estiment être encore dans la *nature* mais une nature « autre » que celle envisagée par les discours sociaux, médicaux et légaux : une « *nature socialisée* ». La prise en compte du corps importe en effet aussi pour elles, notamment pour satisfaire une certaine qualité de la relation avec l'enfant à venir. Elles ne se demandent pas uniquement si leur corps permettra de mettre au monde cet enfant, sans se soucier des années qui suivent.

En mobilisant les travaux de Canguilhem, nous avons déjà montré que ce qui est caractérisé comme « normal » ou « pathologique » n'est pas figé dans le temps ou dans l'espace, ni au cours de la vie d'un même individu. Les évolutions des sociétés, de leurs normes, entraînent ces changements. Nous constatons que les évolutions sociales et technologiques conjointes conduisent à une recomposition des normes d'âge à la reproduction, ce qui conduit à l'émergence de nouveaux repères normatifs tels que la dissociation de la capacité procréative en deux, entre *capacité ovarienne* et *capacité gestationnelle*. Dès lors, la question de savoir si l'une de ces deux capacités

devraient plus que l'autre définir la capacité procréative en son entier se pose. Néanmoins, cette question demeure latente dans les discours médicaux et sociaux. Par ailleurs, l'enquête auprès des femmes montre que cette question ne peut à elle seule permettre de déterminer les seuils de la *temporalité procréative*. Leur modèle normatif invite au dépassement des oppositions du modèle bioéthique pour penser les seuils de la reproduction féminine, en appréhendant conjointement nature et culture, biologique et social. En dévoilant ainsi, d'un point de vue plus pragmatique, des seuils de la reproduction et de la fertilité féminine qui ne dépendent pas que d'une « nature biologique », les limites d'accès à l'AMP reposant sur des référents strictement naturels et biologiques semblent discutables.

L'enquête montre ainsi une autre réalité que celle énoncée par le discours social, estimant qu'en acceptant de dépasser et de prolonger par la technique la temporalité de l'horloge biologique des femmes, dès lors nous serions dans l'affranchissement des *lois de la nature*, il n'y aurait plus aucune limite. D'un point de vue plus pragmatique, nous constatons que ce n'est pas la disparition des limites qui en jeu, mais la reconnaissance d'un autre modèle normatif de l'*engendrement maternel*, plus complexe.

CONCLUSIONS GENERALES

Dans cette recherche, nous avons traité de « l'infertilité féminine liée à l'âge » en nous gardant bien d'en proposer au départ une définition. Nous avons donc sciemment enfreint la règle de la lettre édictée en 1901 par Marcel Mauss et Paul Fauconnet dans leur célèbre conférence sur *La sociologie, objet et méthode* : « Il faut commencer l'étude de chaque problème par une définition ». Pourtant, sans en suivre la lettre, notre thèse s'est efforcée d'en respecter scrupuleusement l'esprit. On sait en effet que Mauss, en particulier, concevait ce travail de définition préalable comme éminemment provisoire. Pour lui, sa fonction principale était de permettre au sociologue de délimiter « clairement et distinctement » le champ de l'investigation avec le souci principal de ne pas le délimiter *trop étroitement*, au risque d'oublier tout un pan de l'enquête parce qu'il se serait contenté de se conformer à ses propres « prénotions », au sens durkheimien de notions reçues et non examinées, s'imposant parce qu'elles ont cours au sein d'une société et d'un temps donnés :

« Comme toute science, la sociologie doit commencer l'étude de chaque problème par une définition. Il faut avant tout indiquer et limiter le champ de la recherche afin de savoir de quoi l'on parle. Ces définitions sont préalables, et, par suite, provisoires. Elles ne peuvent ni ne doivent exprimer l'essence des phénomènes à étudier, mais simplement les désigner clairement, et distinctement. Toutefois, si extérieures qu'elles soient, elles n'en restent pas moins indispensables. Fautes de définitions, toute science s'expose à des confusions et à des erreurs. (...) Ainsi, en ce qui concerne la théorie de la famille, beaucoup d'auteurs emploient indifféremment les noms de tribu, de village, de clan, pour désigner une seule et même chose. En outre, sans définitions, il est impossible de s'entendre entre savants qui discutent sans parler tous du même sujet. Une bonne partie des débats qu'a soulevés la théorie de la famille et du mariage provient de l'absence de définitions (...). » (Mauss et Fauconnet, 1901)

La première partie de cette thèse aurait pu être celle qui proposait, au terme d'un « état de la question », cette définition préalable. Mais notre recherche a conduit justement à montrer qu'elle était impossible, et que si nous voulions délimiter « clairement et distinctement » les phénomènes à étudier, avec le souci majeur de ne pas circonscrire trop étroitement le champ de l'enquête sociologique, il était impératif de ne pas réduire leur caractère équivoque, pluriel voire contradictoire, mais au contraire de le déplier et de l'explicitier.

Cette thèse s'est alors efforcée, au fil des chapitres constituant cette première partie, de déplier peu à peu la question, depuis sa première définition en quelque sorte minimale « l'infertilité liée au vieillissement naturel du corps féminin » et par-delà le constat que cette infertilité était confondue aujourd'hui avec un phénomène physiologique bien particulier, celui de l'altération de la réserve ovocytaire. Nous avons montré que l'âge intervient ici comme un critère discriminant : dans un cas cette altération est considérée comme « pathologique » (si elle se produit avant un certain âge) et dans l'autre cas elle est considérée comme « normale » (si elle se produit après un certain âge). Mais quel est cet âge qui va permettre d'opposer une infertilité « normale » et une infertilité « pathologique » ? De fait, un tel âge-critère est impossible à fixer d'un point de vue médical, non seulement parce que l'altération de la réserve ovarienne est *qualitative* et se produit *progressivement*, par degrés, mais parce que la seule référence médicale possible est à des *moyennes*, qui par définition ne peuvent rendre compte de chaque cas singulier appréhendé par la pratique clinique.

C'est pourquoi les médecins qui développent aujourd'hui à travers livres, articles et conférences, un discours public sur l'infertilité féminine liée à l'âge avec le souci revendiqué d'alerter les femmes contre le risque qu'elles encourent de ne pas arriver à concevoir un enfant si elles « tardent » à envisager une maternité, se réfèrent d'un côté à un phénomène complexe et progressif selon les critères scientifiques de leur profession, et d'un autre côté, à un *âge légal*, bien différent puisqu'il se présente avec la simplicité et l'univocité d'un âge-couperet : celui qui a été fixé par les autorités de santé pour la fin du remboursement de l'AMP, soit 43 ans pour les femmes.

Nous avons exprimé pour notre part cette ambiguïté en montrant que l'opposition entre infertilité « normale » et infertilité « pathologique » est en réalité

une *distinction* (au sens de Canguilhem) qui ne prend son sens que par l'usage qui en est fait dans un certain contexte social et juridique : celui des conceptions françaises de la bioéthique. Concrètement, on aperçoit qu'elle est toujours superposée à une autre opposition, de type moral, celle qui distingue deux catégories de demandes en direction de l'AMP : une demande considérée comme *légitime* (car liée à une infertilité pathologique) et une demande considérée comme illégitime et dite « *de convenance* » (car liée à une infertilité normale, ou du moins non pathologique).

Autrement dit, alors que l'opposition entre infertilité « normale » et « pathologique » est présentée en France dans le droit et dans l'opinion comme un fait biologique servant de *fondement* à l'opposition morale et légale entre une demande d'AMP « légitime » et une demande « de convenance », on peut faire une hypothèse contraire. On peut en effet se demander si ce n'est pas cette opposition morale et légale elle-même qui amène à classer les infertilités en *deux groupes séparés*, alors même que la diminution de la fertilité est reconnue par la biologie et la médecine comme fondamentalement qualitative et progressive.

Une fois ce problème identifié, nous n'avons pas cherché à le réduire, mais bien à l'explorer dans toutes ses dimensions. Pour cela, nous avons inscrits notre recherche dans la continuité des travaux qui ont examiné de façon critique des notions telles que les maternités « tardives » et qui se sont efforcés de « dénaturiser » des notions telles que « âge » ou « vieillissement ». Nous avons cherché à les compléter en centrant notre recherche non pas seulement sur l'âge et la temporalité, mais aussi et principalement sur la notion même d'infertilité, appréhendée de façon non pas ontologique mais pragmatique.

Nous avons également souligné que la façon dont les seuils de la fertilité féminine et masculine sont appréhendés par le droit et l'opinion, a introduit une asymétrie importante entre les sexes. D'une part, la limite de prise en charge par la sécurité sociale ne concerne que les femmes (limite fixée à leur 43^{ème} anniversaire). D'autre part, cette limite et celle qu'imposent au cas par cas les professionnels de chaque centre d'AMP aux hommes, ne sont pas édictés en fonction des mêmes référents normatifs. Alors que l'âge-critère pour les femmes repose principalement sur la diminution des taux de grossesse en raison de l'altération de leur réserve ovarienne, l'âge-critère pour les hommes repose quant à lui sur une estimation de la longévité en « bonne » santé permettant d'accompagner l'enfant jusqu'à sa majorité. La

« biologisation » du seuil de la fertilité féminine s'est également retrouvé dans le discours social intimant aux femmes de se conformer à leur « horloge biologique », confondue avec la diminution de leur capacité ovocytaire.

Après avoir souligné ces différences selon le genre et insisté sur la spécificité de la « naturalisation » de la fertilité féminine, nous avons décidé de concentrer notre recherche sur l'infertilité liée à l'âge strictement *féminine* afin d'en explorer avec attention les diverses dimensions. Pour cela, nous avons situé notre recherche dans la suite de travaux interrogeant de longue date l'opposition occidentale entre « femme-nature » et « homme-culture », en nous intéressant pour notre part à la façon dont cette opposition structure implicitement les représentations de la fertilité et de l'infertilité.

La notion d'infertilité est, nous l'avons dit, très complexe et multifactorielle si on l'aborde sous l'angle de son étiologie. Mais dans les services d'AMP en France aujourd'hui, cette complexité se présente paradoxalement de façon simple : seuls les couples hétérosexuels en âge de procréer sont admis en AMP et un couple sera considéré comme infertile tant que la femme ne parvient pas à être enceinte. Dès la grossesse enclenchée de façon relativement stable, sans fausse-couche, la femme et le couple sont vus comme fertiles et la suite de la grossesse ainsi que l'accouchement seront pris en charge dans d'autres services hospitaliers.

En d'autres termes, les notions de fertilité et d'infertilité sont appréhendées ici comme des notions non pas théoriques mais *pragmatiques*, au sens de la racine grecque *praxis*, l'action : on « n'est » pas fertile ou infertile, on « agit » de façon infertile ou fertile, soit en agissant pour procréer sans y parvenir dans un certain délai (1 an), soit en agissant pour procréer en y parvenant. Ce déplacement de la question de l'être vers celle de l'*agir* est capital pour notre démarche, car c'est par le recueil de récits portant non seulement sur les représentations ou les savoirs mais sur *l'action* que nous avons construit une approche relationnelle de l'infertilité et de la lutte pour la fertilité : que fait la femme, que fait l'homme, que fait le couple, que font les médecins, les personnels médicaux en général ? Comment ces différentes actions s'articulent-elles au sein de cette grande « action collective à plusieurs protagonistes » qu'est la conception d'un embryon et la mise en route d'une grossesse dans le cadre de l'AMP ? Comment cette action collective se déploie-t-elle dans le temps, et se redéfinit-elle au fil des réussites partielles et des échecs subis ? Comment la question de l'âge intervient-elle dans ce contexte ? Comment est-elle vécue, formulée et

comment finalement les protagonistes de l'AMP, patients et soignants, *apportent-ils des réponses pragmatiques, dans et par leurs actions*, à la question de la définition d'une infertilité dite « normale » ou dite « pathologique » ? Cette opposition est-elle reconduite en étant recomposée et trouve-t-elle finalement dans les pratiques la solidité qu'on ne pouvait lui donner par un raisonnement *a priori* ? Ou bien est-elle plutôt invalidée ou oubliée, et si oui au profit de quels autres référents, quels autres critères tant d'efficacité que de légitimité pour l'action pratique ?

C'est en réalisant deux enquêtes distinctes et complémentaires que nous avons appréhendé ces questions, l'une auprès d'un ensemble de professionnels de la reproduction, l'autre auprès d'un échantillon de femmes quadragénaires suivies en AMP. Ces deux enquêtes visaient à la fois à recueillir leurs représentations, opinions, jugements relatifs à l'infertilité féminine liée à l'âge en AMP, mais aussi leurs récits d'expériences, leurs agissements et leurs vécus relatifs à cette infertilité. Par cette approche empirique et pragmatique, nous avons tenté de comprendre en quoi l'analyse de l'expérience de l'infertilité féminine liée à l'âge en AMP change notre objet d'étude initial, en apportant de nouveaux éléments de compréhension et de définition.

À partir de l'enquête par entretiens auprès d'un ensemble de professionnels de l'AMP, nous avons tout d'abord cherché à comprendre comment ceux-ci envisagent l'infertilité féminine liée à l'âge. Comment justifient-ils les deux sortes de limites d'âge pour la prise en charge en AMP des femmes et des hommes ? Comment présentent-ils l'infertilité féminine liée à l'âge ? Comment voient-ils les femmes et couples concernées par cette infertilité ? Quelles sont leurs représentations et opinions à propos de cette infertilité ? Notre enquête a permis de mettre au jour l'existence d'une tension entre d'une part, une certaine adhésion au cadre normatif des règles de l'AMP s'imposant dans leur discours sur les limites d'âge, qu'ils justifient sur la base d'un référent strictement *biologique* pour les femmes (l'altération de la réserve ovarienne) et plus social pour les hommes (la capacité éducative). Et d'autre part, la prise en compte par ces mêmes professionnels, de la dimension éminemment *sociale* de l'infertilité féminine, qui apparaît à travers leurs descriptions des trajectoires biographiques de leurs patientes et suscite tantôt la désapprobation, tantôt la compréhension.

L'analyse de leurs récits d'expérience nous a ensuite permis de mettre en perspective 'ce qu'ils *disent* de l'infertilité' avec 'ce qu'ils *font* de l'infertilité', en

nous intéressant plus précisément à leurs pratiques concrètes. Quels critères de prise en charge mettent-ils en pratique ? Comment se déroule la prise en charge à proprement parler après acceptation du couple ? À quelles questions et difficultés sont-ils confrontés dans le cadre de ces prises en charge et du traitement de l'infertilité ? Rappelons que la recherche réalisée dans le cadre de la thèse est l'exploitation secondaire et le prolongement d'une première enquête collective traitant plus largement des asymétries masculin/féminin en AMP. Les éléments d'enquête qui ont ici été mobilisés nous ont permis d'appréhender ces questions dans le cadre du traitement de tous types d'infertilité puis, de s'intéresser plus précisément à celles liées à l'âge des femmes. Le constat d'un écart important entre les discours des professionnels sur les limites, reposant sur le modèle normatif « naturaliste » de l'AMP, et leurs pratiques, s'est imposé avec force. Plusieurs éléments de l'enquête le corroborent. Ainsi, les décisions d'acceptation ou de refus des couples en AMP reposent sur un ensemble de référents parfois contradictoires. Alors que les professionnels sont censés prendre en charge les couples dont l'un des membres présente une infertilité « pathologique » dans un cadre théoriquement « naturel » de procréation, un autre référent s'impose tout autant à eux dans cette prise de décision. Il s'agit de la « norme procréative », c'est-à-dire la norme définissant dans une société les « bonnes » conditions de la parenté. Lorsque les couples dérogent à l'une ou l'autre de ces deux normes, ils peuvent alors être refusés en AMP. Nous voyons que les professionnels, bien que manipulant et agissant sur des matériaux biologiques, n'appréhendent jamais la procréation comme un tout clos sur lui-même, mais comme faisant partie plus largement d'un processus d'*engendrement*, toujours social et relationnel. Ils n'appréhendent pas leur action sur l'infertilité et l'éventuelle grossesse obtenue comme une *fin en soi*, ils *tiennent compte du fait qu'un enfant naîtra dans un système de parenté et s'assurent que cette parenté corresponde aux normes de la société*. Un autre résultat de l'enquête va dans le sens de ce constat, celui du traitement d'*infertilités de couples*. Les professionnels n'appréhendent jamais l'infertilité seulement comme un caractère individuel, mais aussi comme un trait relationnel concernant le couple vu comme un « tout », quel que soit le partenaire infertile. Cela se manifeste notamment par tout un ensemble de directives et de recommandations dans le but que l'homme comme la femme participent tout au long du parcours d'AMP. Dès lors que l'homme n'est pas suffisamment présent, la légitimité de la prise en charge est alors questionnée. Ces éléments permettent de

constater l'importance pour les professionnels des dimensions *sociale et relationnelle* de l'infertilité.

L'étude des pratiques professionnelles va au-delà : elle permet en effet de questionner l'opposition entre « normal » et « pathologique » sur laquelle le modèle bioéthique repose. Ainsi, les professionnels prennent en charge des infertilités dont le diagnostic ne permet pas de les caractériser comme relevant strictement du « pathologique ». Il s'agit des infertilités dites « inexplicables » mais aussi d'un ensemble d'infertilités féminines liées à l'âge.

- Dans le premier cas, une *anormalité* est décelée, dès lors que le couple ne parvient pas à procréer par lui-même après au moins un an de tentatives. À l'issue des examens médicaux, aucune pathologie spécifique n'est décelée, néanmoins les couples sont pris en charge sans aucune réserve. Les professionnels justifient dans ce cas la prise en charge en s'appuyant sur la définition de l'infertilité de l'OMS : « incapacité de concevoir pour un couple après 12 mois de rapports sexuels réguliers non protégés ».

- Dans le cas de l'infertilité féminine liée à l'âge, les professionnels ne peuvent évaluer précisément le niveau d'altération qualitative de la réserve ovarienne qui demeure une inconnue. Ils savent néanmoins que cette altération survient dès 25 ans puis s'accroît fortement à partir de 38-40 ans. Ce même phénomène, selon les âges auquel il apparaît et selon son ampleur, est tantôt qualifié de « pathologique », tantôt de « normal ». Ne pouvant estimer précisément quel est l'âge ou le niveau d'ampleur permettant de distinguer l'une et l'autre de ces qualifications, les professionnels prennent finalement en charge les femmes jusqu'à la limite du 43^{ème} anniversaire imposée par la sécurité sociale, même s'ils attribuent la cause de l'infertilité au vieillissement « normal » de la capacité ovarienne. Ils justifient cette prise en charge toujours selon le principe que les tentatives infructueuses du couple à avoir un enfant constituent une *anormalité* suffisant à qualifier l'infertilité et à autoriser la médecine à intervenir.

On voit ainsi que, *dans la pratique*, les professionnels sont amenés à ne pas respecter la stricte opposition entre infertilité « normale » et « pathologique ».

Cette enquête a également permis de montrer que les professionnels prennent en compte l'existence d'une *zone grise* entre fertilité et infertilité, ignorée par la stricte

opposition du modèle bioéthique. Ils se sentent autorisés à agir dans cette *zone grise* qui ne constitue pas de fait une stricte infertilité. La seule véritable limite à la prise en charge est alors celle du remboursement fixé par la sécurité sociale : 43 ans. L'échéance approchant, ils mènent une « course contre la montre » pour répondre au plus vite à la détresse des couples en tentant d'agir sur les limites temporelles de l'infertilité féminine liée à l'âge, montrant ainsi qu'elles n'ont rien de naturel et d'intangible.

À partir de l'enquête par entretiens auprès d'un échantillon de femmes quadragénaires suivies en AMP, nous avons cherché à comprendre comment celles-ci envisagent et vivent l'infertilité féminine liée à l'âge, avec un double objectif : poursuivre notre questionnement de la notion d'infertilité et de l'opposition normal/pathologique qui caractérise le modèle français de l'AMP ; et mettre en perspective leurs expériences avec le discours social sur l'AMP reposant sur la notion de « *convenance personnelle* ». Nous avons présenté les résultats de cette enquête en deux parties distinctes et complémentaires. La première se concentre d'abord sur les trajectoires biographiques des femmes interrogées jusqu'à leur décision de recourir à l'AMP. La deuxième porte sur leurs parcours d'AMP pour résoudre l'infertilité.

La première partie avait pour objectif de répondre aux questions suivantes : qui sont les femmes confrontées à une infertilité liée à leur âge ? Quels sont leurs histoires biographiques ? Comment expliquer leur projet parental à plus de 40 ans ? Quels vécus ont-elles du projet d'enfant à cet âge-là, puis de l'infertilité ? Notre enquête a tout d'abord permis de mettre au jour la diversité des profils et des trajectoires de ces femmes et ainsi, des raisons les conduisant à une maternité après 40 ans. Certaines étaient en couple avec le même partenaire depuis de nombreuses d'années, d'autres étaient dans des couples récents. L'enquête montre que les femmes en *couple récent* n'ont pas envisagé plus tôt leur projet parental car elles se sentaient *indisponibles* pour ce projet tant qu'elles étaient célibataires : il leur manquait le partenaire avec lequel elles souhaitaient concrétiser ce projet. Les femmes en *couple ancien* se sont senties *indisponibles pour la maternité* pour d'autres raisons. Parmi elles, le fait que la temporalité du projet parental ne soit pas partagé par leur compagnon, ou que leur situation matérielle soit considérée comme inadéquate, ou encore que l'investissement dans d'autres projets ne laissent pas la place à un désir d'enfant. Nous avons ainsi présenté *quatre formes d'indisponibilité à la maternité* : l'*indisponibilité partenariale*,

conjugale, matérielle et affective. Puis, nous avons mis en perspective ce *sentiment d'indisponibilité* avec d'autres événements permettant d'éclairer leurs trajectoires biographiques.

Leur *sentiment d'indisponibilité à la maternité* s'explique en effet aussi par le fait qu'elles pensaient *avoir encore le temps* devant elles pour mettre en place un projet parental. Elles se sentaient « jeunes » physiquement comme socialement et ainsi, en capacité de pouvoir mener à bien ce projet après 40 ans. Autrement dit, elles percevaient la temporalité qu'elles souhaitaient donner au projet parental en adéquation avec leur « *sentiment de jeunesse* » du corps et avec le contexte social.

Nous avons alors souligné deux résultats principaux révélant un *écart* entre leurs trajectoires concrètes et la façon dont elles sont présentées dans le discours social sur l'infertilité féminine liée à l'âge. D'une part, leurs trajectoires ne correspondent pas au stéréotype énoncé de la femme « carriériste », « égoïste », qui par seule volonté et « convenance personnelle » souhaite reculer l'âge à la maternité. D'autre part, elles envisagent la *temporalité procréative* en fonction d'un ensemble de *référénts* à la fois physiologiques, sociaux et relationnels montrant qu'elles ne sont pas dans une démarche d'affranchissement de la « nature » pour satisfaire leur seul désir. *Elles essaient de réunir un ensemble de conditions qu'elles jugent nécessaires pour accueillir et élever un enfant dans une temporalité qu'elles considèrent encore adéquate socialement comme biologiquement.*

Ainsi, lorsqu'elles ont appris être confrontées à une infertilité en raison de leur âge, nombre d'entre elles ont été surprises. Cette annonce était en *discordance* avec le ressenti qu'elles avaient de leur corps. Nous avons alors expliqué ce *sentiment de discordance* par l'existence d'une *distinction au sein même du corps reproducteur*, entre *capacité ovarienne* et *capacité gestationnelle*. Alors que leur *capacité ovarienne* est altérée, leur *capacité gestationnelle* demeure fonctionnelle. Autrement dit, elles étaient confrontées à une *infertilité partielle*. Le *sentiment de discordance* qu'elles éprouvaient apparaît dans cet *écart temporel* : elles ressentaient la pérennité de leur capacité gestationnelle et de leur « jeunesse » du corps en son entier, qui n'était plus en adéquation avec une de ses parties infertiles.

Notre enquête a alors souligné deux constats principaux. D'une part, *la tension éprouvée par les femmes ne se situe pas dans l'écart entre capacité physique d'un côté, et disponibilité psychosociale de l'autre, elle apparaît au sein même de leur*

corps. D'autre part, cette distinction dévoile un nouvel aspect de la temporalité de l'infertilité féminine liée à l'âge. En montrant que les femmes ne font pas face à une stricte infertilité mais à une infertilité partielle, nous dévoilons ainsi que *la dimension temporelle de l'infertilité s'étend par-delà le processus d'altération de la réserve ovarienne*. La *zone grise* entre fertilité et infertilité concerne plus longuement l'écart entre l'*altération de la capacité ovarienne* et la *pérennité de la capacité gestationnelle*. C'est dans cette *zone grise* étendue que les femmes se sentent légitimes à recourir à l'AMP afin que la partie défaillante soit en quelques sortes réajustée au reste de leur corps « jeune », après quoi elles se considèrent en capacité de porter, d'accoucher et d'élever l'enfant à venir. Néanmoins, le don d'ovocytes n'étant pas autorisé aux femmes de plus de 40 ans, elles ne sont aidées qu'avec leurs propres ovocytes et dès lors qu'ils sont trop altérés leur prise en charge s'arrête. Nous avons alors souligné un paradoxe des règles françaises de l'AMP.

Nous avons vu que le seuil de la fertilité féminine en AMP repose sur la limite de la *capacité ovarienne*. Néanmoins, le don d'ovocytes chez les femmes de moins de 40 ans est autorisé et leur maternité est reconnue sur la base de leur *capacité gestationnelle*. La qualification des maternités « à risque » est établie par les médecins également en fonction de la *capacité gestationnelle*. Nous pouvons donc nous interroger quant à la *non reconnaissance de la capacité gestationnelle pour envisager le seuil de la fertilité féminine dans le cadre du traitement de l'infertilité liée à l'âge*.

Enfin, la prise en compte de la double capacité pour appréhender l'infertilité féminine nous a permis de montrer que la façon dont les femmes considèrent les seuils de la fertilité et de l'infertilité est en *écart profond avec l'opposition simpliste normal/pathologique* du modèle bioéthique qui ne prend pas en compte les dimensions *pluridimensionnelle* et *temporelle* de la fertilité et de l'infertilité.

Le deuxième partie consacrée à l'enquête auprès des femmes reposait sur les questions suivantes : Quels vécus avaient-elles du parcours d'AMP ? Quelles spécificités d'un parcours d'AMP traitant l'infertilité féminine liée à l'âge ? Quelles limites à ce parcours ? Notre enquête a d'abord permis de montrer le fort investissement des femmes dans ces parcours, occasionnant des souffrances et des *risques* considérables par rapport à elles-mêmes, mais aussi par rapport à leur couple, leur famille, leurs amis et leur emploi. Ces difficultés ne sont pas propres aux seules femmes infertiles en raison de leur âge, elles sont vécues par l'ensemble des patientes

de l'AMP, néanmoins elles sont exacerbées dans le cas que nous avons étudié. En effet, en raison de l'altération de la qualité de la réserve ovarienne des femmes interrogées, leur taux de réussite en FIV sont très faibles et elles sont donc confrontées à de nombreux échecs de tentatives. De ce fait, non seulement les difficultés se répètent et s'étendent dans le temps, mais elles doivent en plus composer avec cette perspective de l'échec qui devient toujours plus difficile à vivre. Cet ensemble de difficultés les fragilisent au fil du parcours, mais compte tenu des efforts déjà engagés, elles le mènent jusqu'à son terme, allant ainsi plus loin que ce qu'elles imaginaient au départ.

Toutefois, nous avons montré que cet engagement « toujours plus loin » ne conduit pas à un affranchissement des limites pour définir les seuils de la *temporalité procréative*. Elles se permettent d'aller plus loin dans le parcours car *elles demeurent dans le cadre des référents normatifs guidant leur projet parental* depuis le départ : elles tiennent compte à la fois de leur « jeunesse » physique et sociale pour porter, accoucher et élever l'enfant à venir. Elles imaginent le terme du parcours d'AMP lorsque cette « jeunesse » sera questionnée et qu'elles risqueront d'être « trop » âgées pour élever leur enfant dans des conditions jugées optimales. Néanmoins, lorsque nous les avons rencontrées, âgées entre 40 et 43 ans, elles ne considéraient pas outrepasser ce cadre normatif.

Les éléments de l'enquête présenté dans cette partie ont permis de souligner un nouvel aspect de l'*écart* entre l'expérience des femmes et le discours social sur l'AMP après 40 ans, qui dénonce une AMP pour « confort personnel » et un risque d'affranchissement de toutes limites. Les parcours d'AMP des femmes montrent à l'inverse des combats longs et difficiles mettant en jeu de nombreux acquis de leur vie. Par ailleurs, l'enquête montre que lorsqu'elles s'engagent toujours plus loin dans le parcours, en cumulant les tentatives, voire en recourant au don d'ovocytes à l'étranger au terme du parcours français, elles n'agissent pas en ayant plus aucun repère normatif, guide ou limite. Les *référents normatifs* qui leur importaient pour démarrer leur projet parental et s'engager en AMP demeurent au fil de l'avancé dans ce parcours. Néanmoins, le modèle bioéthique et le discours social appréhendant l'infertilité comme un fait purement biologique, figé et absolu, et énonçant les limites de l'AMP en référence à la « nature », envisagent l'action des professionnels et des femmes pour pallier l'altération *physiologique* de la réserve ovarienne, comme étant

en-dehors de la *nature* et de tout cadre normatif.

Au fil de la thèse, en soulignant progressivement les *écarts* entre ce modèle et la façon dont l'infertilité féminine liée à l'âge est appréhendée, traitée et vécue *dans la pratique*, nous avons pu mettre au jour la *coexistence de deux modèles normatifs, appréhendant distinctement l'infertilité, l'engendrement et les seuils de l'AMP*. En effet, nous avons pu révéler *un autre modèle*, différant du modèle bioéthique de l'AMP, s'avérant plus pragmatique et reposant sur une vision plus complexe et moins figée de l'infertilité. Les pratiques des professionnels et des femmes quadragénaires ont en effet permis de dévoiler l'aspect *pluridimensionnel* de l'infertilité féminine liée à l'âge, à la fois *biologique* mais aussi *sociale, relationnelle et temporelle*, obligeant à la prise en compte de ces dimensions pour envisager l'engendrement maternel dans le cadre de la reproduction médicalisée, et amenant à penser autrement les règles françaises de l'AMP.

BIBLIOGRAPHIE

- Alès Catherine et Barraud Céline, 2001, *Sexe relatif ou sexe absolu ?*, Paris, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- Ansermet François et Worms Frédéric (Rapporteurs), *Avis n° 126 : Avis du CCNE sur les demandes sociétales de recours à l'assistance médicale à la procréation*, 15 juin 2017, En ligne.
- Antoine Jean-Marie, 2005, « À partir de combien de tentatives votre ticket n'est plus valable. Critères d'exclusion et d'annulation en FIV. Aspects économiques et alternatives. », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Volume 34, p. 42-44.
- Bajos Nathalie et Ferrand Michèle, 2004, « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ? », *Sciences Sociales et Sociétés*, Vol.22, n°3, p. 117-140.
- Bajos Nathalie et Ferrand Michèle, 2006a, « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *Sociétés contemporaines*, 61 : 91-117.
- Bajos Nathalie et Ferrand Michèle, 2006b, « La condition fœtale n'est pas la condition humaine », *Travail, genre et sociétés*, 2006/1, n°15, p. 176-182.
- Bajos Nathalie, Ferrand Michèle et l'équipe GINE, 2002, *De l'avortement à la contraception. Sociologie des grossesses non prévues*. INSERM, Collection Santé Publique.
- Bajos Nathalie, Moreau Caroline, Leridon Henri et Ferrand Michèle, 2004, « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans », *Population et Sociétés*, n°407.
- Bajos Nathalie et Bozon Michel (Dir.), 2008, *La sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte.

- Baldwin Kylie, Culley Lorraine, Hudson Nicky et Mitchell Helene, 2014, « Reproductive technology and the life course : current debates and research in social egg freezing », *Human Fertility*, Vol. 17, Issue 3, p. 170-179.
- Bataille Philippe et Virole Louise, 2013, « Quand la morale du soignant devient l'éthique du soin. Conflits éthiques et normes professionnelles en médecins de la reproduction et palliative », *La nouvelle revue du travail*, 2/2013, (En ligne).
- Bateman Simone, 2001, « La responsabilité médicale aux frontières de l'activité thérapeutique. Le cas de l'assistance médicale à la procréation », in Iacub Marcela et Jouannet Pierre (Dir.), *Juger la vie. Les choix médicaux en matière de procréation*, Paris, La Découverte, p.111-126.
- Becker Gay, 2000, *The elusive embryo : How women and men approach new reproductive technologies*, Berkeley, University of California Press.
- Belaisch-Allart Joëlle, Castaing Nicolas, Grefenstette Irène, Larousserie Florence, Mokdad Amina et Moumin Hassan, 2008, « Désir tardif d'enfant : les risques materno-fœtaux », in *Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale*, Collège National des Gynécologues et obstétriciens français.
- Belaish-Allart Joëlle, 2005, « Au-delà de quelle limite votre ticket n'est plus valable ? L'âge est-il un critère de refus ? Oui... », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 34, no 7, cahier 2, p. 18-21.
- Belaisch-Allart Joëlle, Ouazana M., Bailly M., Selva J., Kulski O., Boitrelle F., 2016, « Âge du père en assistance médicale à la procréation : faut-il une limite ? », *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, Vol. 44, Issue 12, Décembre 2016, p. 712-715.
- Bergström Marie, 2015, « L'âge et ses usages sexuels sur les sites de rencontres en France (années 2000) », *CLIO Femmes, genre, histoire*, 42/2015, p.125-145.
- Bessin Marc, 2009, « Parcours de vie et temporalités biographiques : quelques éléments de problématiques », *Informations Sociales* n°156, p. 12-21.

- Bessin Marc et Levilain Hervé, 2004, « Pères sur le tard. Logiques temporelles et négociations conjugales », in *Recherches et Prévisions*, n°76, *La paternité aujourd'hui. Pratiques, implications et politiques*, p. 23-38.
- Bessin Marc et Levilain Hervé, 2012, *Parents après 40 ans*, Autrement.
- Bessin Marc, Levilain Hervé et Régnier-Loilier Arnaud, 2005, « La parenté tardive. Logiques biographiques et pratiques éducatives », *Allocations Familiales, Dossiers d'étude* n°67.
- Bestard Joan, 2005, « Parenté, ethnicité, race et nation : sur les différents modes de partage de substances biogénétiques », *Incidences*, « Qu'est ce que la parenté ? », n°1, p. 131-148.
- Birraux Annie, 2012, « L'adolescence face aux préjugés de la société », *Adolescence*, vol. 2 n°80, pp. 297-306.
- Blanchet Alain et Gotman Anne, 1992, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris, Nathan Université.
- Bloch Françoise et Buisson Monique, 1999, « La disponibilité à l'enfant : le don et la norme. », *Recherches et prévision*, n°57/58, p. 17-29.
- Blondel Frédéric, 2007, « L'approche clinique dans les dispositifs de recherche-action », in Vincent de Gaulejac, Fabienne Hanique et Pierre Roche (Dir.), *La sociologie clinique*, Paris, Éditions Érès, p. 201-216.
- Boltanski Luc, 2004, *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Gallimard, NRF Essais.
- Boyer Pierre, Tourame Pierre et Gervoise-Boyer Marie, 2012, « La vitrification des ovocytes et les changements induits dans nos pratiques d'AMP », *Gynécologie, Obstétrique et Fertilité*, 40 : 687-690.
- Boyer Pierre, Montjean Debbie, Tourame Pierre et Gervoise-Boyer Marie, 2013, « Apport de la vitrification ovocytaire dans un laboratoire d'AMP. Vitrification des ovocytes : l'âge mûr », *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 41 : 551-553.

- Bozon Michel, 1990, « Les femmes et l'écart d'âge entre conjoints : une domination consentie. I. Types d'union et attentes en matière d'écart d'âge. », *Population*, Vol. 45, n° 2, p. 327-360.
- Bozon Michel, 2002a, *Sociologie de la sexualité*, Paris, Nathan.
- Bozon Michel, 2002b, « Des rites de passage aux « premières fois ». Une expérimentation sans fins », *Agora débats/jeunesse*, Vol. 28, n° 1, p. 22-33.
- Bozon Michel, 2005, « 13. Femmes et sexualité, une individualisation sous contrainte », in Margaret Maruani, *Femmes, genre et sociétés*, La Découverte « TAP/Hors Série », p. 103-113.
- Bozon Michel et Rennes Juliettes, 2015, « Histoire des normes sexuelles : l'emprise de l'âge et du genre », *CLIO Femmes, Genre, Histoire*, 42/2015, p. 7-23.
- Brami Charles, 2005, « Au-delà de quelle limite votre ticket n'est plus valable ? L'âge est-il un critère de refus ? Non... », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 34, no 7, p. 22-23.
- Breton Stéphane (Dir.), 2006, *Qu'est-ce qu'un corps ? Afrique de l'ouest, Europe occidentale, Nouvelle-Guinée, Amazonie*, Paris, Flammarion – Musée du Quai Branly.
- Broekmans Frank, Knauff Erik, Velde Egbert, Macklon Nick et Fauser Bart, 2007, « Female reproductive ageing : current knowledge and future trends », *Trends in Endocrinology & Metabolism*, Vol. 18, Issue 2, p. 58-65.
- Budds Kirsty, Locke Abigail et Burr Vivien, 2012, « “Risky Business”. Constructing the « choice » to « delay » motherhood in the British press », *Feminist Media Studies*, Volume 13, Issue 1, p. 132-147.
- Bühler Nolwenn, 2014, « Ovules vieillissants, mères sans âge ? Infertilité féminine et recours au don d'ovocytes en Suisse », *Enfances, Familles, Générations*, n°21, p. 24-47.

- Bühler Nolwenn, 2016, *The frontiers of Age. ARTs and the Extension of Fertility Time in Switzerland and Beyond*, Thèse de doctorat en Anthropologie, University of Zurich.
- Cadoret Anne, 2012, « Que nous dit l'adoption sur notre parenté, que nous dit notre parenté sur l'adoption ? », *L'autre*, Volume 13, 2012/2, p.160-170.
- Cadoret Anne, 2014, *Des parents comme les autres*, Odile Jacob.
- Canguilhem Georges, 1965 [1952], *La connaissance de la vie*, Paris, VRIN.
- Canguilhem Georges, 1966 [1943], *Le normal et le pathologique*, PUF, Paris.
- Cavalli Alessandro et Galland Olivier, 1993, *L'allongement de la jeunesse*, Actes Sud.
- Charrier Philippe et Clavandier Gaëlle, 2013, *Sociologie de la naissance*, Collection U, Armand Colin.
- Charlap Cécile, 2015, *La fabrique de la ménopause. Genre, apprentissage et trajectoires*, Thèse de sociologie, Université de Strasbourg.
- Chian R., 2008, « Obstetric and perinatal outcome in 200 infants conceived from vitrified oocytes », *Reproductive Biomedicine Online*, 16 : 608-10.
- Cobo A., Vajta G., Remohi J, 2009, « Vitrification of human mature oocytes in clinical practice », *Reproductive Biomedicine Online*, 19 : Suppl.4.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, 2012, *L'autoconservation sociétale des ovocytes : la position du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français*, Communiqué de presse, Paris, le 12 décembre 2012, En ligne.
- Compagnon Claire et Ghadi Véronique, 2009, *La Maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. Étude sur la base de témoignages*, Rapport Haute Autorité de Santé.
- Corpart Isabelle (Dir.), 2005, *Problèmes politiques et sociaux, Filiations : nouveaux enjeux*, La documentation française, n° 914.

- Courduriès Jérôme, 2014, « Expérience homosexuelle et parenté. Des relations familiales contrastées », *Dialogue*, 203, p. 77-87.
- Courduriès Jérôme, 2016, « Ce que fabrique la gestation pour autrui », *Journal des anthropologues*, dossier « parentés contemporaines », n°144-145, p. 53-76.
- Courduriès Jérôme et Fine Agnès (Dir.), 2014, *Homosexualité et parenté*, Armand Colin.
- Courduriès Jérôme et Herbrand Cathy, 2014, « Genre, parenté et techniques de reproduction assistée : bilan et perspectives après 30 ans de recherche », *Enfances, familles, générations*, n° 21, p. i-xxvii.
- Debest Charlotte, 2014, *Le choix d'une vie sans enfant*, Presses universitaires de Rennes.
- Déchaux Jean-Hugues, 2009, *Sociologie de la famille*, La Découverte, Collection « Repères ».
- Déchaux Jean-Hugues et Darius Mérylis, 2016, « Les deux mères. Familles homoparentales féminines en France », *Journal des anthropologues*, 2016/1, n°144-145, p. 123-146.
- Delaisi de Parseval Geneviève et Collard Chantal, 2007, « La gestation pour autrui. Un bricolage des représentations de la paternité et de la maternité euro-américaines », *L'homme*, n°183, p. 29-53.
- Descombes Vincent, 2007, *Le raisonnement de l'ours et autres essais de philosophie pratique*, Collection « La couleur des idées », Seuil.
- Descoutures Virginie, 2006, « Les « mères non statutaires » dans les couples lesbiens qui élèvent des enfants », *Dialogue* « /2006 (n°173) », p. 71-80.
- Descoutures Virginie, 2010, *Les mères lesbiennes*, PUF, coll. « Partage du savoir ».
- Détrez Christine, 2002, *La construction sociale du corps*, Paris, Seuil.

- Devaux Aviva et Lévy R., 2006, « Comment améliorer nos résultats d'Assistance médicale à la procréation ? Le point de vue du biologiste », *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, Vol. 34, Issue 9, p. 781-785.
- Diasio Nicoletta (Dir.), 2009, « Désirs de famille, désirs d'enfant », *Revue des sciences sociales*, n°41.
- Donati Pascale, Cèbe Dominique, Bajos Nathalie, 2002, « Interrompre ou poursuivre la grossesse ? Construction de la décision », in Bajos Nathalie, Ferrand Michèle et l'équipe GINE, *De l'avortement à la contraception. Sociologie des grossesses non prévues*. INSERM, Collection Santé Publique, p. 115-162.
- Dorlin Elsa, 2009, *La matrice de la race ? Généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*, La Découverte, Paris, 2009.
- Doron Claude-Olivier, Lefevre Céline et Masquelet Alain-Charles, 2011, *Soin et subjectivité*, Paris, PUF.
- Douaire-Marsaudon Françoise, 2010, « Enfanter, est-ce bien « naturel » ? Rite, représentation, fantasme de l'engendrement dans un culte polynésien », *Le journal de la Société des Océanistes*, 130-131/2010, p. 89-103.
- Douglas Mary, 2004 [1986], *Comment pensent les institutions*, Paris, La Découverte/MAUSS.
- Dumont Louis, 1966, *Homo hierarchicus. Essai sur le système des castes*, Paris, Gallimard.
- Earle Sarah et Letherby Gayle, 2007, « Conceiving Time ? Women who do or do not conceive », *Sociology of Health & Illness*, Vol. 29, Issue 2, March 2007, p. 233-250.
- Edwards Jeanette, 2009, « La vie sociale du sang et des gènes », in Enric Porqueres i Gené (Dir.), *Défis contemporains de la parenté*, Paris, EHESS, p. 303-326.
- Edwards Jeanette, Franklin Sarah, Hirsch Eric, Price France et Strathern Marilyn, 1993, *Technologies of Procreation : Kinship in the Age of Assisted Conception*, Manchester, Manchester University Press.

- Ehrenreich Barbara et English Deirdre, 2015 [1973], *Sorcières, sages-femmes et infirmières. Une histoire des femmes soignantes*, Cambourakis.
- Ehrenreich Barbara et English Deirdre, 2016 [1973], *Fragiles ou contagieuses. Le pouvoir médical et le corps des femmes*, Cambourakis.
- Elias Norbert, 2015 [1991], *La théorie des symboles*, Paris, Seuil.
- Faddy M.J. et Gosden R.G., 1995, « A mathematical model of follicle dynamics in the human ovary », *Human Reproduction*, Vol. 10, Issue 4, April 1995, p. 770-775.
- Fadini R., Brambillasca F., Mignini Renzini M., Merola M., Comi R., De Ponti Dal Canto E., 2009, « Human oocyte cryopreservation: comparison between slow and ultra-rapid methods », *Reproductive Biomedicine*, 19 : 171-180.
- Fausto-Sterling Anne, 2000, *Corps en tous genres. La dualité des sexes à l'épreuve de la science*, La Découverte/Institut Emile du Châtelet.
- Fassin Éric, 2002, « La nature de la maternité. Pour une anthropologie de la reproduction », *Journal des anthropologues*, 88-89/2002, p. 103-122.
- Fine Agnès et Martial Agnès, 2010, « Vers une naturalisation de la filiation ? », *Genèses*, 2010/1 n°78, p. 121-134.
- Fine Agnès, Moulinié Véronique et Sangoï Jean-Claude, 2009, « De mère en fille. La transmission de la fécondité », *L'Homme*, 2009/3, p. 37-76.
- Fitzgerald C., Zimon A.E., Jones E.E., 1998, « Aging and reproductive potential in women », *Yale Journal of Biology and Medicine*, Vol. 71, Issue 5, September/October 1998, p. 367-381.
- Foucault Michel, 1963, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, Presses universitaires de France.
- Foucault Michel, 1976, *Histoire de la sexualité. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.

- Fournier Laurent-Sébastien et Raveneau Gilles, 2008, « Anthropologie des usages sociaux et culturels du corps », *Journal des anthropologues*, 112-113/2008, p. 9-22.
- Franklin Sarah, 1997, *Embodied Progress : A Cultural Account of Assisted Conception*, London, Routledge.
- Franklin Sarah, 2013, *Biological Relatives. IVF, Stem Cells, and the Future of Kinship*, London, Duke University Press.
- Franklin Sarah et Ragoné Helena (Dir.), 1998, *Reproducing Reproduction : Kinship, Power, and Technological Innovation*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- Friese Carrie, Becker Gay, Nachtigall Robert, 2008, « Older Motherhood and the Changing Life Course in the Era of Assisted Reproductive Technologies », *J Aging Stud.*, January ; 22(1) :65-73.
- Frydman René, 2017, *Le droit de choisir. Manifeste des médecins et biologistes de la procréation médicale assistée*, Paris, Seuil.
- Fugier Pascal, 2010, « Les approches compréhensives et cliniques des entretiens sociologiques », *Interrogations*, n°11-Varia [En ligne].
- Galland Olivier, 2011 [1991], *Sociologie de la jeunesse*, Paris, Armand Colin.
- Galland Olivier, 2010, « Introduction. Une nouvelle classe d'âge ? », *Ethnologie Française* 1/2010, Volume 40, p. 5-10.
- Gardey Delphine, 2006, « Les sciences et la construction des identités sexuées. Une revue critique », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 2006/3, p. 649-673.
- Gardey Delphine, 2013, « Comment écrire l'histoire des relations corps, genre, médecine au XXe siècle ? », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 37/2013, p. 143-162.
- Gardey Delphine et Lowy Ilana (Dir.), 2000, *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris, Archives contemporaines.

- Giddens Anthony, 2004, *La transformation de l'intimité. Sexualité, amour et érotisme dans les sociétés modernes*, Le Rouergue/Chambon.
- Giraud Anne-Sophie, 2014a, « Le corps embryonnaire et fœtal dans une approche relationnelle », *Recherches Familiales*, n° 11, p. 9-17.
- Giraud Anne-Sophie, 2014b, « L'embryon humain en AMP, éléments pour une approche relationnelle », *Enfances, Familles, Générations*, n° 21, p.48-69.
- Giraud Anne-Sophie, 2015, *Les statuts de l'être anténatal : un processus d'humanisation « relationnel »*. *Assistance médicale à la procréation et mort périnatale*, Thèse de doctorat d'anthropologie, EHESS.
- Giroux Élodie, 2010, *Après Canguilhem, définir la santé et la maladie*, Paris, PUF.
- Giroux Élodie et Lemoine Maël, 2012, *Philosophie de la médecine. Santé, maladie, pathologie*, Paris, VRIN.
- Godelier Maurice, 2004, *Métamorphoses de la parenté*, Paris, Fayard.
- Gonzalez Maria-José et Jurado-Guerrero Teresa, 2006, « Remaining childless in affluent economies : a comparison of France, West Germany, Italy and Spain, 1994-2001 », *European Journal of Population*, 22 : 317-352.
- Gross Martine, 2006, « Désir d'enfant chez les gays et les lesbiennes », *Terrain*, n°46, p. 151-164.
- Gross Martine, 2012, *Choisir la paternité gay*, ERES, « Enfance et parentalité ».
- Gross Martine, 2015, « L'homoparentalité au prisme des sciences sociales : révolution ou pluralisation des formes de parenté ? », *Enfances, Familles, Générations*, n°23, p. i-xxxvii.
- Gross Martine et Bureau Marie-France (Dir.), 2015, « Homoparentalités, transparentalités et manifestations de la diversité familiale : les défis contemporains de la parenté », *Enfances, Familles, Générations*, n°23.
- Guillaumin Colette, 1992, *Sexe, Race et Pratique du pouvoir. L'idée de nature*, Paris, Côté-femmes.

- Guyard Laurence, 2008, *La Médicalisation contemporaine du corps féminin : le cas de la consultation gynécologique*, Thèse de sociologie, Université de Paris X-Nanterre.
- Guyard Laurence, 2010, « Chez la gynécologue. Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines », *Ethnologie française*, 2010/1, Vol. 40, p. 67-74.
- Halbwachs Maurice, 1970 (1938), *Morphologie sociale*, Armand Colin.
- Hammond Katie, 2014, « Why reproductive technologies are not the solution to age-related infertility », *The Huffington Post*, 30 January 2014.
- Harwood Karey, 2009, « Egg freezing : a breakthrough for reproductive autonomy ? », *Bioethics*, Vol. 23, Issue 1, January 2009, p. 39-46.
- Héroult Laurence (Dir.), 2014, *La parenté transgenre*, Aix-en-Provence, Presses Universitaires de Provence.
- Héroult Laurence, 2015, « La gestion médicale et politique de la parenté trans en France », *Enfances, Familles, Générations*, n°23, p. 165-184.
- Herbrand Cathy, 2009, « Déclinaisons du désir d'enfant dans les coparentalités homosexuelles », *Revue des Sciences Sociales*, n°41, « Désirs de famille, désirs d'enfant », p. 42-51.
- Hertzog Irène-Lucile, 2016, *Articuler assistance médicale à la procréation (AMP) et vie professionnelle : le travail invisible des femmes*, Thèse de doctorat de Sociologie, Université de Caen Normandie.
- Hirschman Albert O., 1991, *Deux siècles de rhétorique réactionnaire*, Fayard.
- Inhorn Marcia et Birenbaum-Carmeli Daphna, 2008, « Assisted Reproductive Technologies and Culture Change », *Annual Review of Anthropology*, June 2008, 37:177-96.
- Jumel-Lhomme Géraldine, 2013, *L'impossible enfant. Don d'ovocytes, l'envers du décor*, ERES.

- Kaufmann Jean-Claude, 1996, *L'entretien compréhensif*, Paris, Éditions Nathan.
- Kaufmann Jean-Claude, 1999, *La femme seule et le prince charmant. Enquête sur la vie en solo*, Nathan, 1999.
- Kaufmann Jean-Claude, 2010 (1993), *Sociologie du couple*, PUF, Collection « Que sais-je ? ».
- Lardellier Pascal, 2009, *La guerre des mères. Parcours sensibles de mères célibataires*, Fayard.
- Léchoy Caroline et Glâveanu Vlad Petre, 2013, « « Pregnancy over 60, where is common sense ? » : Swiss press discourses on late pregnancy achieved through medically assisted procreation », *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, Vol. 26, n° 3, p. 125-150.
- Legrand Monique et Voléry Ingrid, 2012, « Dossiers, Genre et vieillissement », *SociologieS* [En ligne].
- Levilain Hervé, 2008, « Le parcours des âges au regard de la parentalité tardive. Régulation biographique et synchronisation négociée », *Le Portique*, n° 21.
- Levilain Hervé, 2013, « Devenir mères et pères *sur le tard* : les négociations conjugales d'une inégalité de vieillissement entre hommes et femmes », in Monique Legrand et Ingrid Voléry (Dir.), *Genre et parcours de vie. Vers une nouvelle police des corps et des âges ?*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy - Éditions Universitaires de Lorraine.
- Lim Alvin et Tsakok Maurine, 1997, « Age-related decline in fertility : a link to degenerative oocytes ? », *Fertility and Sterility*, Vol. 68, Issue 2 p. 265-271.
- Lock Margaret et Nguyen Vinh-Kim, 2010, *An anthropology of biomedicine*, United-Kingdom, Wiley-Blackwell.
- Lockwood Gillian, 2009, « Social egg freezing to come in from the cold », *ESHRE Focus on Reproduction*, September 2009, p. 31-34.

- Lockwood Gillian, 2011, « Social egg freezing : the prospect of reproductive “immortality” or dangerous delusion », *Reproductive Biomedicine*, 23 : 334-40.
- Loraux Nicole, 1990, *Les expériences de Tirésias. Le féminin et l’homme grec*, NRF Essais, Gallimard.
- Löwy Ilana et Rouch Hélène, 2003, « Genèse et développement du genre : les sciences et les origines de la distinction entre sexe et genre », *L’Harmattan, Cahiers du Genre*, 2003/1, n° 34, p. 5-16.
- Löwy Ilana, 2006, « La fabrication du naturel : l’assistance médicale à la procréation dans une perspective comparée », *Tumultes*, 2006/1 n°26, p.35-55.
- Löwy Ilana, 2009, « L’âge limite de la maternité : corps, biomédecine, et politique », *Mouvements* 3/2009 (n° 59), p. 102-112.
- Malmanche Hélène, 2014, *La maternité déployée. Du « don de gestation » au don d’enfantement*, Mémoire de Master 2 de sociologie, EHESS.
- Martial Agnès, 2003, *S’apparenter. Ethnologie des liens de familles recomposées*, Éditions de la Maison des sciences de l’Homme, Paris.
- Martial Agnès (Dir.), 2016, *Des pères « en solitaires » ? Ruptures conjugales et paternité contemporaine*, Presses de l’Université de Provence, Collection Penser le genre, Aix-en-Provence.
- Martial Agnès et Segalen Martine, 2013, *Sociologie de la famille*, Paris, Armand Colin.
- Martin Emily, 1987, *The woman in the body : A Cultural Analysis of Reproduction*, Boston, Beacon Press.
- Martin Emily, 1991, « The Egg and the Sperm : How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles », *Signs*, Vol. 16, n°3, p. 485-501.

- Martin A. et Maillet R., 2005, « Les grossesses après 40 ans », in *Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale*, Collège National des Gynécologues et obstétriciens français.
- Martin Lauren Jade, 2010, « Anticipating infertility. Egg Freezing, Genetic Preservation, and Risk », *Gender & Society*, Vol. 4, Issue 4, p. 526-545.
- Marzano Michela, 2002, *Penser le corps*, Paris, PUF.
- Mathieu Nicole-Claude, 1973, « Homme-culture et femme-nature ? », *L'Homme*, tome 13, n°3, p. 101-113.
- Mathieu Nicole-Claude, 1991, *L'anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*, Côté-femmes.
- Mathieu Séverine, 2012, « Religion et assistance médicale à la procréation », *Sociologie*, Vol. 3, 2012/3, p. 267-281.
- Mathieu Séverine, 2013, *L'enfant des possibles. Assistance médicale à la procréation, éthique, religion et filiation*, Paris, Éditions de l'Atelier.
- Mauss Marcel et Fauconnet Paul, 1901, « La sociologie, objet et méthode », Article « Sociologie » extrait de la *Grande Encyclopédie*, vol. 30, Société anonyme de la Grande Encyclopédie, Paris.
- Mauss Marcel, 2007 [1925], *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, Quadrige/PUF.
- Mauss Marcel, 1950 [1934], « Les techniques du corps », *Sociologie et anthropologie*. Paris, PUF : 363-386.
- Mazuy Magali, 2006, *Être prêt-e, être prêts ensemble ? Entrée en parentalité des hommes et des femmes en France*, Thèse de doctorat en démographie, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne.
- Mazuy Magali, 2009, « Avoir un enfant : être prêts ensemble ? », *Revue des Sciences Sociales*, n°41, « Désirs de famille, désirs d'enfant », p. 30-41.

- Mehl Dominique, 2001, « L'élaboration des lois bioéthiques », in Iacub Marcela et Jouannet Pierre (Dir.), *Juger la vie. Les choix médicaux en matière de procréation*, Paris, La Découverte, p.51-63.
- Mehl Dominique, 2011, *Les lois de l'enfantement. Procréation et politique en France (1982-2011)*, Paris, SciencesPo. Les Presses.
- Mehl Dominique, 2016, *Maternités solo*, Éditions universitaires européennes.
- Membrado Monique, 2006, « Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation », *Nouvelles Questions Féministes* 2006/2, Vol. 25, p. 16-31.
- Memmi Dominique, 2003, *Faire vivre et laisser mourir : le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, La Découverte.
- Menken J, Trussel J. et Larsen U, 1986, « Age and infertility », *Science*, Vol. 233, Issue 4771, p. 1389-1394.
- Menuel Julie, 2012, *Devenir enceinte. Socialisation et normalisation pendant la grossesse : Processus, réceptions, effets*, Mémoire de Master 2 en Sociologie, EHESS.
- Merchant Jennifer, 2010, « Chapitre 4. Assisted Reproductive Technology (ART) in the United States : Towards a National Regulatory Framework ? », *Journal International de Bioéthique*, 2009/4 (Vol. 20), p. 55-71.
- Milliez Jacques (Rapporteur), 2017, *Rapport de l'Académie Nationale de Médecine : La conservation des ovocytes*, En ligne.
- Mirlesse Véronique, 2007, « Les annonces anténatales », *Devenir*, Vol. 19, n° 3, p. 223-241.
- Mohapatra Seema, 2014, « Using Egg Freezing to Extend the Biological Clock : Fertility Insurance or False Hope ? », *Harvard Law & Policy Review*, Vol.8, p. 701-731.

- Moguérou Laure, Bajos Nathalie, Ferrand Michèle, Leridon Henri, « Les maternités dites tardives en France : enjeu de santé publique ou dissidence sociale ? », *Nouvelles Question Féministes* 2011/1 (Vol. 30), p. 12-27.
- Ni Bhrolchain Maire et Beaujouan Eva, 2012, « En France comme en Grande-Bretagne, l'allongement des études retarde les maternités », *Population & Sociétés*, N  495, Décembre 2012.
- Olafsdottir Helga Sol, Wikland Matts, M ller Anders, 2011, « Reasoning about timing of waiting a child : a qualitative study of Nordic couples from fertility clinics », *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 5, p. 493-505.
- Olivennes François, 2008, *N'attendez pas trop longtemps pour avoir un enfant*, Paris, Odile Jacob.
- Orain Renaud, 2007, *La naissance du foyer ? : conditions matérielles des entrées dans les carrières parentales et de l'accueil du premier enfant en France   la fin du XXème siècle*, Thèse de doctorat en Sociologie, Université Paris 8.
- Ortner Sherry B., 1974, « Is Female to Male as Nature Is to Culture ? », in Rosaldo M. Z. and Lamphere L. (eds), *Women, culture and society*, Stanford, Stanford University Press, p. 68-87.
- Oudshoorn Nelly, 1994, *Beyond the Natural Body : Archeology of Sex Hormons*, London, Routledge.
- Ouellette Françoise-Romaine, 1988, « L'expérience de l'infertilité vécue sous assistance médicale », *Sociologie et sociétés*, vol. 20, n 1, p. 13-32.
- Pailhé Ariane et Solaz Anne (Dir.), 2009, *Entre famille et travail. Des arrangements de couple aux pratiques des employeurs*, Paris, La Découverte.
- Peatrik Anne-Marie, 2003, « L'océan des âges », *L'homme* 167-168, p. 7-23.
- Pennings Guido, 2013, « Ethical aspects of social freezing », *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 41, p. 521-523.

- Perrier Maud, 2013, « No Right Time: The significance of Reproductive Timing for Younger and Older Mothers' Moralities », *The Sociological Review*, Vol. 61, Issue 1, p. 69-87.
- Péruchon Marion et Orgiazzi-Billon-Galland Isabelle, 2005, « Désir et création », *Cahiers de psychologie clinique 1/2005*, n°24, p. 215-229.
- Pison Gilles, 2010, « France 2009 : l'âge moyen à la maternité atteint 30 ans », *Populations et Sociétés*, n°465.
- Porqueres i Gené Enric (Dir.), 2009, *Défis contemporains de la parenté*, Paris, EHESS.
- Porqueres i Gené Enric, 2009, « Individu et personne à la lumière des nouveaux contextes de la parenté », in Enric Porqueres i Gené (Dir.), *Défis contemporains de la parenté*, Paris, EHESS.
- Prioux France, 2005, « Mariage, vie en couple et rupture d'union », *Informations sociales 2005/2*, n°122, p. 38-50.
- Ragoné Helena, 1996, « Chasing the Blood Tie : Surrogate Mothers, Adoptive Mothers and Fathers », *American Ethnologist*, 23 (2) : 352-365.
- Régnier-Loillier Arnaud, 2007, *Avoir des enfants en France. Désirs et réalités*, INED, Collection Cahiers.
- Régnier-Loillier Arnaud et Solaz Anne, 2010, « La décision d'avoir un enfant : une liberté sous contraintes », *Politiques sociales et familiales*, n°100, « Fécondité et politiques publiques », p. 61-77.
- Régnier-Loillier Arnaud et Vignoli Daniele, 2011, « Intentions de fécondité et obstacles à leur réalisation en France et en Italie », *Population 2/2011*, Volume 66, p. 401-431.
- Rémond René et Percheron Annick, 1991, *Âge et politique*, Economica.

- Rossin-Amar Betty, 2006, « Comment améliorer d'un point de vue clinique les résultats de la FIV ? », *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, Vol. 34, Issue 9, p. 774-780.
- Rozée Virginie, 2011, « L'AMP sans frontière », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 23-24/2011, p.270-273.
- Rozée Virginie, 2012 « Les transformations de la maternité en France à travers le recours au don d'ovocyte en Grèce », in Knibiehler Yvonne, Arena Francesca et Cid Lopez Rosa Maria (Dir.), *La maternité à l'épreuve du genre. Métamorphoses et permanences de la maternité dans l'aire méditerranéenne*, EHESP, p. 51-57.
- Rozée Gomez Virginie, 2013, « Elles font des bébés toutes seules », *Terrain*, 61, p. 134-146.
- Rozée Virginie et Tain Laurence, 2010, « Le recours aux techniques procréatives : des disparités nationales aux circuits transnationaux », in CHASLES Virginie, *Santé et Mondialisation* (actes du colloque international du 12-13 mars 2009), Université Jean Moulin – Lyon 3, p.297-314.
- Rozée Virginie et La Rochebrochard (de) Élise, 2010, « L'accès à l'assistance médicale à la procréation en France : reflet de la norme sociale procréative ? », *Santé, Société et Solidarité*, n°2, p. 109-114.
- Rozée Virginie et Mazuy Magali, 2012, « L'infertilité dans les couples hétérosexuels : genre et « gestion » de l'échec », *Sciences sociales et santé*, 2012/4, Vol. 30, p. 5-30.
- Schneider David, 1984, *A Critique of the Study of Kinship*, Ann Arbor, University of Michigan Press.
- Sevon Eija, 2005, « Timing motherhood : experiencing and narrating the choice to become a mother », *Feminism and Psychology*, 15, p. 461-482.

- Smajdor Anna, 2009, « Between Fecklessness and Selfishness : Is there a Biologically Optimal Time for Motherhood? », in Frida Simonstein (ed.), *Reprogen-ethics and the future of gender*, Springer, New-York, p. 105-117.
- Smith G., Serafini P., Fioravanti J., Yadid I., Coslovsky M., Hassun P., Alegretti J.R., Motta E.L., 2010, « Prospective randomized comparison of human oocyte cryopreservation with slow-rate freezing or vitrification », *Fertility Sterility*, 94(6) :2088-95.
- Steinberg Sylvie, 2013, « L'anthropologue, les médecins et l'expérience transgenre. Questions posées à Laurence Hérault », *CLIO Femmes, Genre, Histoire*, n°37, p. 163-176.
- Stoop Dominique, Ermini.B, Polyzos, N.P., Haentjens P., De Vos M., Verheyen G., Devroey P., 2012, « Reproductive potential of a metaphase II oocyte retrieved after ovarian stimulation: an analysis of 23 354 ICSI cycles », *Human Reproduction*, Vol. 27, Issue 7, p. 2030-2035.
- Strathern Marilyn, 1990, *The Gender of the Gift*, Berkeley & Los Angeles, University of California Press.
- Strathern Marilyn, 1992a, *After nature: English kinship in the late twentieth century*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Strathern Marilyn, 1992b, *Reproducing the Future: Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies*, Manchester, Manchester University Press.
- Szewczuk Elisabeth, 2012 « Age-related infertility: a tale of two technologies », *Sociology of health & illness*, Vol. 34, Issue 3, March 2012, p. 429-443.
- Tahon Marie-Blanche, 2004, *Sociologie des rapports de sexe*, Presses universitaires de Rennes, Collection « Le sens social ».
- Tain Laurence, 2004, « Genre et techniques de reproduction : évidences, alliances et turbulences », *L'homme et la société*, 2004/2 n°152-153, p.229-246.

- Tain Laurence, 2005, « Refus des médecins, abandons des couples : quel contrôle pour la pratique de procréation assistée ? », *Sciences sociales et santé*, volume 23, n°3, p.5-30.
- Tain Laurence, 2009, « Le devoir d'enfant à l'ère de la médicalisation : stigmates, retournements et brèches en procréation assistée », *Genre, sexualité & société* [En ligne], 1, Printemps 2009.
- Tain Laurence, 2013, *Le corps reproducteur*, Presses de l'EHESP « Recherche Santé Social ».
- Tarnovski Flavio Luiz, 2012, « Devenir père homosexuel en France : la construction sociale du désir d'enfant », *Etnografica*, v.16 (2) : 247-267.
- Théré Christine, 2015, « Âge de retour et retour d'âge : l'asymétrie entre les sexes dans les discours médicaux en France (1770-1836) », *CLIO Femmes, Genre, Histoire*, 42/2015, p. 53-75.
- Théry Irène, 1993, *Le démariage*, Paris, Odile Jacob.
- Théry Irène, 1998, *Couple, filiation et parenté aujourd'hui, le droit face aux mutations de la famille et de la vie privée*, La Documentation française/Odile Jacob.
- Théry Irène, 2005, « Les trois composantes de la filiation », in Isabelle Corpart (Dir.), *Problèmes politiques et sociaux, Filiations : nouveaux enjeux*, La documentation française, n° 914, p. 13-16.
- Théry Irène, 2006, « Avortement, engendrement et singularisation des êtres humains », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 2006/2 (61^e année), p. 483-503.
- Théry Irène, 2007, *La distinction de sexe. Une nouvelle approche de l'égalité*, Paris, Odile Jacob.
- Théry Irène, 2009, « L'anonymat des dons d'engendrement est-il vraiment « éthique » ? », *Esprit*, 2009/5, p.133-164.

- Théry Irène, 2010, « Le genre : identité des personnes ou modalité des relations sociales ? », *Revue française de pédagogie*, n°171, p. 103-117.
- Théry Irène, 2011, *Des humains comme les autres, Bioéthique, anonymat et genre du don*, Paris, EHESS.
- Théry Irène, 2013, « La filiation au temps du démariage » in Hugues Fulchiron et Jehanne Sosson (Dir.), *Parenté, filiation, origine, le droit et l'engendrement à plusieurs*, Bruylant.
- Théry Irène, 2015, « GPA : la France doit prendre la maternité au sérieux », *Le Monde*, article paru le 2 juillet 2015. URL : http://www.lemonde.fr/idees/article/2015/07/02/gpa-acceptons-enfin-qu-il-y-ait-plus-d-une-facon-d-etre-mere_4666870_3232.html
- Théry Irène, 2016, *Mariage et filiation pour tous. Une métamorphose inachevée*. Le seuil et La République des Idées.
- Théry Irène et Leroyer Anne-Marie, 2014, *Filiation, origines, parentalité : le droit face aux nouvelles valeurs de responsabilité*, Paris, Odile Jacob.
- Thompson Elizabeth, 1997, « Couple childbearing desires, intentions, and births », *Demography*, Volume 34, Number 3, August 1997 : 343-354.
- Thompson Charis, 2001, « Strategic Naturalizing : Kinship in an Infertility Clinic », in Sarah Franklin et Susan MacKinnon (Dir.), *Relatives Values. Reconfiguring Kinship Studies*, Durham, Duke University Press : 175-202.
- Thompson Charis, 2005, *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*, Cambridge, The MIT Press.
- Tillard Bernadette, 2002, *Des familles face à la naissance*, Collection Savoir et Formation, Paris, L'Harmattan.
- Troude Penelope *et al.*, 2012, « Spontaneous pregnancies among couples previously treated by in vitro fertilization », *Fertility and Sterility*, Vol. 98, n°1, July 2012 0015-0282.

- Valabrègue Catherine, Berger-Forestier Colette et Langevin Annette, 1982, *Ces maternités que l'on dit tardives. Un nouvel itinéraire pour les femmes*, Paris, Robert Laffont.
- Vallin Jacques et Meslé France, 2010, « Espérance de vie : peut-on gagner trois mois par an indéfiniment ? », *Populations et Sociétés*, n°473.
- Verdier Yvonne, 1980, « Le Petit Chaperon rouge dans la tradition orale », *Le Débat* 3 : 31-61.
- Vialle Manon, 2014, « L'« horloge biologique » des femmes : un modèle naturaliste en question. Les normes et pratiques françaises face à la croissance de l'infertilité liée à l'âge », *Enfances, Familles, Générations*, n° 21, p. 1-23.
- Vialle Manon, Perrin Jeanne, Amar-Hoffet Aurélie, Boyer Pierre et Courbière Blandine, 2016, « Femmes infertiles de plus de 40 ans : loin du mythe de la femme « carriériste » et du « droit à l'enfant », *Gynécologie, Obstétrique, Fertilité*, 44(2016), p. 225-231.
- Vinel Virginie, 2007a, « Andropause et Ménopause : une comparaison des images de la vulgarisation médicale », in Virginie Vinel, *Féminin, masculin : anthropologie des catégories et des pratiques médicales*, Strasbourg, Le Portique.
- Vinel Virginie, 2007b, « La menopausa, passaggio verso un altro status ? Invecchiamento e vecchiaia femminile presso i Moose del Burkina Faso », in Nicoletta Diasio et Virginie Vinel (Dir.), *Il tempo incerto. Anthropologia della menopausa*, Milan, Franco Angeli, p. 55-74.
- Volant Sabrina, 2017, « Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 », *Insee Première*, n°1642, Mars 2017.
- Warnock Mary, 2002, *Making Babies, Is there a right to have children ?*, Oxford University Press, New-York.
- Weber Florence, 2013, *Penser la parenté aujourd'hui*, Éditions Rue d'Ulm.

Weiner Annette B., 1988, *The trobrianders of Papua New Guinea*, New York, Holt, Rinehart & Winston.

Williams Simon J., Birke Lynda et Bendelow Gillian A. (Eds.), 2003, *Debating Biology. Sociological reflections on health, medicine and society*, Routledge.