

Aicha Benabed

Doctorante en sociologie de la santé

Laboratoire CLERSE. Lille

L'expérience sociale des femmes et des hommes infertiles dans le recours à la procréation médicalement assistée (PMA) à Oran.

Plan :

- ✓ Objet de recherche
- ✓ Problématique et questionnement
- ✓ Hypothèse
- ✓ Cadre théorique
- ✓ Méthodologie
- ✓ Résultats et perspectives

➤ **Objet de recherche.**

Notre étude s'intéresse à mettre au jour l'expérience des femmes et des hommes infertiles confrontés aux traitements de la procréation médicalement assistée (PMA) dans les centres de fertilité à Oran. Il s'agit de mettre en exergue leur parcours qui implique un processus de médicalisation intensif appliqué principalement aux femmes même lorsque les causes de l'infertilité sont masculines. Nous nous sommes attachées à expliquer ce processus pour montrer la façon dont la PMA participe à la reproduction du genre et met le corps reproducteur sous l'emprise de la médecine reproductive.

➤ **La PMA : une construction d'un objet de recherche.**

La PMA soulève des questions complexes, essentiellement sociales, éthiques, juridiques, économiques, psychologiques, des questions liées à la santé des femmes, à la parenté, à la filiation, au statut de l'embryon... Elle se pose donc largement à travers l'ensemble du corps social.

Les couples qui rencontrent des problèmes d'infertilité et qui cherchent une solution pour avoir un enfant se tournent pour la plupart vers la médecine reproductive. La valorisation de l'enfant, sur le plan social et conjugal, intervient dans le vécu relatif à l'infertilité et influence le regard que posent les couples sur les nouvelles technologies reproductives.

La connaissance approfondie de la physiopathologie de la reproduction, qui, appariée à des progrès médicaux, a donc modifié la prise en charge de l'infertilité grâce aux techniques médicales de plus en plus sophistiquées telles que : l'insémination artificielle, la fécondation *in vitro* et la vitrification embryonnaire.

Si à l'ère de la contraception on assistait à la sexualité sans procréation, avec l'offre de ces nouvelles techniques reproductives, surgit la procréation sans sexualité auxquels les embryons et foetus sont manipulés et donc engendrés grâce aux exploits génétiques, pharmaceutiques et chirurgicaux.

Ainsi, la définition médicale de l'infertilité qui est le fait de n'avoir pas obtenu une conception après 12 et 24 mois a changé. Avec l'offre des technologies de procréation assistée, l'OMS a redéfini cette notion en contribuant à la réduction du délai qui permet de diagnostiquer l'infertilité. Cette réduction de temps à 6 mois et 1 an a pour effet d'augmenter le nombre de personnes pouvant être diagnostiquées « infertiles », ce qui contribue à élargir les clientèles des cliniques. Le concept de stérilité a cédé sa place à l'infertilité.

En Algérie, la PMA est encore peu documentée en sciences sociales comme par les acteurs de la santé publique, même au Maghreb et en Afrique, à l'exception des travaux pionniers de M. Inhorn au Moyen-Orient et en Egypte et de D. Bonnet et V. Duchesne (2016) en Afrique subsaharienne, contrairement à une littérature très riche et bien exploitée réalisée en Europe (Héritier, Hérzlich, Tain (2014), Mathieu (2009, 2013), Rozé et Magaly (2014), Gavarini (2002), Rouch (2003), (Chantal Doré, F. Oulette) Canada ...

Hormis les études médicales et biologiques existantes relatives à la PMA (Boucif-Debab-Zoulikha, 2014), également, la presse et les médias qui font de cette pratique un phénomène auquel ils n'évoquent que le succès relatif des centres de fertilité en mettant l'éclairage sur les personnes ayant réussi d'avoir un enfant en rapportant surtout l'aspect technico médical, ceci prend peu et prou en considération le parcours des femmes et des hommes dans le recours à cette pratique. Les aspects sociologiques et anthropologiques de la PMA, jusqu'ici, n'ont pas été réellement explorés. Ceux-ci mériteraient d'être d'avantage pris en compte pour analyser les relations que les corps et le genre entretiennent avec les sciences et la médecine.

En Algérie, les couples qui réussissent la fécondation in vitro, accouchent dans des structures médicales publiques et privées hors centre de PMA. Aucun chiffre concernant le taux des naissances d'enfants par FIV n'est avancé, alors que J. Testart déclare que « sur 5 millions d'enfants dans le monde 3% sont conçu par fiv ». Le recours à une telle pratique a longtemps été gardé en secret par les couples concernés et par leur médecin et pourtant elle est cadrée par la loi (l'Ordonnance n° 05-02 du 27 février 2005).

Point de vue statistique, la dernière enquête du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière qui remonte en 2002, montre que 7 % des couples en âge de procréer souffrent d'infertilité. Les études démographiques (Zahia Ouadah-Bedidi & al, 2004) ont montré que la baisse de la fécondité a été induite par le retard de l'âge au mariage des femmes puis renforcée par l'utilisation massive de la contraception, mais elle n'aurait pas pu avoir lieu sans un contexte socioéconomique favorable : baisse de la mortalité infantile, généralisation de la scolarisation des filles et forte urbanisation.

En 2016, l'Association Algérienne de Fertilité et de Contraception (SAFEC) estime que le taux de l'infertilité chez les couples algériens est passé de 15 à 20% au cours des dernières années. Sur 100 couples, 35 n'arriveraient pas à concevoir d'enfants naturellement durant les deux premières années de vie commune, régulière et sans contraception.

Les études antérieures (Héritier, 1996, Addi, Laborie, 1998, Gavarini, 2002 & al.) ont montré que l'infertilité et la procréation sont renvoyées souvent à la responsabilité féminine. La femme est considérée comme un support biologique de la lignée. Si elle est stérile, elle sera frappée d'invalidité sociale car elle n'a pas rempli sa fonction pour laquelle avait été demandée en mariage (Addi, 1984, p. 14). La stigmatisation principalement à l'égard de la femme stérile est prégnante au sein de l'institution familiale algérienne qui intègre des inégalités et des différences selon le sexe et l'âge au profit des hommes. L'infertilité et la procréation est donc articulée à la question centrale des rapports sociaux des sexes.

Et si dans le passé, les problèmes d'infertilité dans le couple concernaient beaucoup plus les femmes, aujourd'hui les hommes sont désormais les plus touchés. Le genre de l'infertilité s'est inversé. Les médecins gynécologues, urologues et biologistes avancent qu'actuellement le taux des hommes présentant des anomalies de leurs spermogrammes est en augmentation. Selon eux, il est nécessaire de consulter un spécialiste de la PMA après six mois seulement de vie conjugale.

C'est toujours le corps de la femme qui est questionné en premier, quand il s'agit du retard ou absence d'enfant. La stérilité des hommes constitue, au contraire, un objet tabou. Le déni de l'infertilité masculine est toujours vivace. Elle n'y « a été reconnue que depuis peu de temps, car l'homme était, par définition, toujours fertile » (Héritier, 1996, p. 262).

Beaucoup de femmes fertiles sont candidates à la PMA et se soignent pour une infertilité masculine sous le nom de l'infertilité du couple. Dans cette pratique, un traitement lourd et contraignant s'applique en premier lieu et massivement sur le corps des femmes pour des raisons sexuées et sexuelles auxquels les actes médicaux et chirurgicaux constituent des enjeux majeurs sur la santé des femmes. Alors que le corps et les identités sexuelles ne sont plus considérés comme donnés ou faits bruts, mais « comme agis et agissant dans la relation aux techniques (D. Gardey, 2013, p.146).

La PMA appréhende le corps féminin comme objet médical pour soigner l'infertilité masculine et place le couple en dehors de la norme sociale (à faire des enfants). Les femmes font tout pour ne pas dévier de ce conformisme prégnant dans la société rappelant que l'Algérie, comme d'autres pays, produit un étiquetage très discriminant à l'égard d'une femme infertile. Bien s'informer du faible taux de réussite de cette pratique (25%), ces femmes recourent à la PMA comme un passage obligatoire. Elles vivent mal les périodes d'attentes, le traitement, la stimulation ovarienne, les échecs à répétition... Souvent les couples sortent sans enfant. Il est donc intéressant d'analyser ce processus de médicalisation de l'infertilité vécu sous la PMA chez ces personnes concernées et décrire leur logique en acte (Drulhe, 1996, p. 280) dans la gestion du problème procréatif. L'analyse des rapports et les interactions entre ces personnes (patients) et les professionnels peut nous permettre de comprendre les enjeux de la procréation médicalisée qui traversent de genre à savoir la manière dont le corps reproducteur est pris sous la médecine reproductive.

Cette médicalisation de l'infertilité interroge le genre à travers les rôles assignés aux femmes et aux hommes dans la reproduction. Il est important de comprendre comment cette pratique médicale reproduit la norme de genre ? Comment participe-t-elle au façonnement de la physiologie du corps féminin et masculin ?

Pour appréhender notre objet de recherche, notre hypothèse n'est qu'une proposition explicative, une suggestion de réponse au questionnement de l'étude. Elle s'est émergée à travers nos lectures sociologiques et notre constat sur terrain.

L'hypothèse sous-jacente à ce travail postule que la PMA apparaît comme révélatrice des rôles qu'occupent les hommes et les femmes dans un parcours asymétrique. Cette pratique modélise le corps féminin et contribue à la construction des rapports de domination et d'hierarchisation. La visibilité des femmes et l'invisibilité des hommes dans les consultations gynécologiques et dans tout le processus d'AMP mettent en évidence un rapport social, au quelle la norme de genre et les pratiques s'arrangent voire se reconfigurent faisant persister les rapports sociaux de sexe. La pression sociale et l'injonction médicale faites aux femmes en faveur de la médicalisation de la procréation n'ont fait que croître et renforcer la norme de genre.

Notre hypothèse fera l'objet de discussion tout au long de notre étude confrontée aux matériaux de notre terrain d'enquête. Il n'y-a donc pas une hypothèse formulée au départ que la recherche va valider ou invalider, mais comme disait Pédielli, il s'agit d'une suite d'hypothèses qui se modifie à partir de la confrontation au matériel recueilli» (Pédielli, Jean Louis, 1994, p. 113).

S'intéresser à l'expérience des femmes et des hommes vécue dans le recours à la PMA, la notion de genre comprise comme un rapport social de sexe, est donc venue s'imposer à notre recherche comme outil d'analyse.

- Notre recherche s'inscrit dans le champ de la sociologie de la santé et est analysée sous l'angle de la sociologie des rapports sociaux de sexe c'est-à-dire de genre, appliqué aux pratiques biomédicales dont fait partie intégrante la PMA. **Notre approche conceptuelle** développée dans cette étude s'inscrit dans le prolongement de la sociologie du genre. Nous définissons le genre comme un principe de division hiérarchisant les sexes et comme un système d'organisation régissant les rapports sociaux entre eux. Le genre est à la fois un rapport social et un espace producteur d'une hiérarchie entre les sexes socialement construit et historiquement situé. Nous soutenons, en ce sens, la définition de Nicole-Claude Mathieu : « le genre a trait non à la différence, mais à la différenciation sociale des sexes » (Mathieu, *in* Hurtig, Kail et Rouch, 2003, p : 69).

Les places occupées par les femmes et par les hommes et les rôles sociaux que les unes et les autres jouent ne sont pas seulement le résultat de la différence physiologique entre les hommes et les femmes. Ils sont le résultat d'une longue construction sociale.

A travers l'expérience des couples dans la médicalisation de l'infertilité en PMA, le genre nous permet de mieux cerner l'organisation de la procréation assignée aux femmes et aux hommes dans la gestion de l'infertilité. Il s'agit d'aller à l'encontre d'une définition naturaliste des identités et de mettre en évidence le caractère social et non biologique des catégorisations de sexe » (Daune-Richard et Devreux, 1985). Car au-delà du point de vue médical, l'infertilité ne peut être réduite simplement à son aspect médical et biologique, mais elle s'inscrit dans un cadre identitaire et social particulier. Les femmes et les hommes concernés ne parlent pas de leurs difficultés de procréation en termes mécaniques mais en termes identitaires. D'un point de vue expérientiel, elle est vécue comme une cassure dans le parcours de vie. Elle représente un événement perturbant qui met en jeu la stabilité et la qualité des relations sociales des personnes concernées (Greil, 2002).

Selon la sociologue C. Delphy, ce n'est pas le genre qui est construit sur la base de la différence du sexe biologique. Dans cette hypothèse, le sexe est simplement un marqueur de la division sociale. Il devint un rapport social dichotomisant en deux sexes antagonistes : hommes et femmes. En effet, Françoise Héritier déconstruit les relations entre masculin et féminin et souligne l'importance de la fécondité comme marqueur de la différence sexuelle. Dans le sexe biologique, il y a du genre à travers les traces d'une gestion sociale de la reproduction, c'est-à-dire, une identité sexuelle (de genre et de sexualité imposée et assignée » (E. Dorlin, 2008, p. 38).

Méthodologie :

- Notre étude repose sur un dispositif d'enquête empirique permettant de donner voix à l'Autre et de reconnaître la valeur de ses propos et qui s'appuie sur la perspective de la théorisation ancrée (Grounded Theory) associant des observations ethnographiques et des entretiens semi directifs et focus group auprès de 45 couples (dont 09 cas infertilité inexplicée (idiopathique), 26 hommes (oligospermie, azoospermie), 07 femmes (problème tubaire et troubles ovulatoires), 3 femmes (kyste d'endométriose) et 10 professionnels soignants. Notre terrain a constitué une étape au cours de laquelle notre choix théorique est revu et redéfini à la lumière de la réalité empirique. Notre démarche a consisté en un va-et-vient constant entre le terrain et la lecture théorique « dans un double mouvement d'engendrement des codes, des catégories, de leurs propriétés et de leurs relations dans l'analyse des données, et simultanément, de mise à l'épreuve de leur validité jusqu'à saturation » (Strauss et Corbin, *in* Cefai, 2003, p. 365).
- Cette démarche nous permet de comprendre la diversité des représentations et des mécanismes d'action qui sont mobilisés dans les expériences des couples infertiles en menant le choix de la PMA. Contrairement aux approches hypothético-déductives

(quantitatives) qui circonscrivent une hypothèse de départ et qui recherchent d'abord la causalité statistique, le modèle inductif permet de modifier les paramètres conceptuels en cours de notre investigation et de les préciser à la fin.

- Ce cadre conceptuel méthodologique de l'interactionnisme symbolique, nous a servi pour réussir à décrire, analyser et comparer les données. Autrement dit, nous nous inscrivons davantage dans une perspective exploratoire liée à la théorisation ancrée proposée par Glaser et Strauss (1967) et Glaser (1978), que dans une logique de vérification.
 - Cette approche ne rejette pas les chiffres ni les statistiques, mais ne les accorde pas la première place. Nous nous basons sur l'écoute et l'observation des personnes interrogées. Cela permet une interprétation objective de données subjectives. L'objectif de notre étude est non pas d'obtenir un consensus ou de mesurer des données mais bien d'étudier le ressenti, le vécu et les comportements des interlocuteurs dans toute leur diversité ; la méthode qualitative nous a paru alors la plus appropriée. La finalité de cette méthodologie est la recherche de sens, d'interprétations de la réalité construites par des individus ou la compréhension de logiques d'action S. Beaud, F. Weber (2010).
 - Le déroulement de notre terrain a témoigné (au début de la recherche) un certain tabou de l'infertilité des hommes. Alors qu'une majorité des femmes concernées ont accepté assez spontanément d'être interrogées, les hommes furent moins enclins à répondre et à répondre seuls. Ils semblent peu participer à l'entretien, sinon de manière distanciée. Ils passent souvent en second plan. Certes, les femmes prennent plus facilement la parole et leurs époux interviennent peu laissant à celles-ci le soin de raconter les choses comme si eux n'avaient rien à en dire. Cette faible implication pourrait être expliquée par le fait qu'il s'agit d'une catégorie souvent peu étudiée dans le domaine de la santé reproductive.
- Lieu d'enquête :** L'EHU d'Oran et le Centre de fertilité Privé N°1 entre Sep 2012-Février 2013. Centres de fertilité privés N°1 et 2 entre Sep 2015 - Sep 2016.

➤ **Les résultats**

- Il ressort de notre enquête que malgré les mutations et des transformations qu'a connues la société algérienne (Kateb, 2016), l'imaginaire patriarcal reste encore dominant et participe au maintien des inégalités de genre.
- ✓ Il est important de noter que lorsqu'un enfant tarde à venir, c'est la société qui le rappelle. L'enfant recherché et envié est manifesté aussi par le réseau familial. Il s'agit d'une captation collective du désir d'enfant par le réseau familial. Le désir d'enfant qui se présente socialement sous de nombreuses facettes, ne se décline pas uniquement par rapport à soi. Il reste encadré et pris en charge par la lignée familiale.
- ✓ Le recours à la PMA est le résultat d'une longue négociation au sein du couple. L'homme a du mal à se soumettre aux explorations médicales. Sa réticence à recourir à la PMA s'explique par la volonté de laisser la quête d'enfant à la nature et au temps en raison de sa représentation de la virilité et la supériorité masculine.
- ✓ La gynécologie obstétrique s'est développée et même très sollicitée sans que son équivalent masculin, l'andrologie, ne connaisse le destin similaire. Il est important de souligner qu'elle reste une perle rare dans nos structures sanitaires publiques et privées. Aujourd'hui, l'andrologie est une sous-spécialité, exercée par un nombre très limité d'urologues. Souvent les hommes sont réticents à s'approcher ces espaces perçus comme féminin. Paradoxalement, le monopole exercé souvent par les hommes dans la profession médicale incite que le genre du médecin hommes revient à cette profession marquée par son caractère féminin.

- ✓ Les femmes en premier lieu subissent une double pression sociale et médicale. Ces femmes sont très affectées par les consultations, les investigations médicales et les actes chirurgicaux. Les rapports sociaux dans le couple et entre professionnels d'AMP prennent un caractère nettement asymétrique. La PMA est aussi vécue à sens unique puisque le corps de la femme demeure le principal lieu d'investigation médicale même lorsque les causes sont attribuables à l'homme ou sont inconnues. Ce sont les femmes qui endossent la responsabilité des traitements.
- ✓ Les examens médicaux servant à établir le diagnostic et le traitement d'infertilité du couple sont par conséquent beaucoup plus centrés sur le corps de la femme. Autrement dit, il existe un décalage entre le protocole de l'homme qui consiste en la collecte de spermatozoïdes et celui de la femme.
- ✓ Lors d'un parcours de FIV, les femmes sont soumises à de rudes épreuves (corporelle, psychologique et financière et sociale). Elles font face à la douleur, la colère, la peur, la déception, mais aussi l'impatience, la joie, l'espoir. Cette perpétuelle alternance d'émotions positives et négatives est déstabilisante pour elles. Il s'agit donc d'un traitement asymétrique qui découle précisément de ce que la part de chaque sexe dans la procréation est pensée comme différente.
- ✓ Les médecins jouent un rôle capital dans la mise en œuvre d'un critère biologique qui distingue féminin et masculin. Ils effacent la stérilité masculine pour se retourner vers la femme. Ils contrôlent les corps en tout ce qui est ovaires, utérus ovocytes. L'analyse du discours, montre que le langage des gynécologues et biologistes porte souvent sur la stimulation ovarienne, de bonne ou mauvaise réaction au traitement hormonal, de nombre de follicules dont la croissance est surveillée par échographie et la performance des spermatozoïdes. Les femmes disparaissent devant les traitements de stimulation, les cycles, les grossesses au profit des parties, des fonctions ou des produits de son corps. Ceci devient un objet qu'on manipule, qu'on façonne.
- ✓ L'institution de PMA produit plus profondément des rapports de domination à l'égard des femmes. L'implication de la femme est de l'ordre de l'adaptation à la logique du médecin.
- ✓ Toutes les femmes évaluent le traitement par FIV très stressant et fatiguant tant moralement que physiquement. La FIV constitue un processus médical lourd pour la femme qui vit une large partie des traitements dans son corps. La FIV bouleverse la vie quotidienne des femmes et également leur sexualité.
- ✓ Le traitement de la Fécondation In Vitro est très contraignant pour la femme. Elles sont sujettes à des douleurs liées aux injections quotidiennes, il y a des rendez-vous fréquents chez le médecin, des prises de sang, des échographies. Les investigations sur le corps féminin restent toujours très fortes que sur le corps masculin. L'homme est sollicité généralement pour le prélèvement du sperme. Mais il se trouve confronté à un fluide corporel et une pratique chargée de signification symbolique qui ne sont pas réductibles simplement à des significations attribuées à cette substance dans un cadre biomédicale.
- ✓ Dans la PMA, la femme est définie par ses capacités reproductives mais cela reste discriminatoire entre l'homme et la femme. La PMA contribue à la construction des rapports de domination et la hiérarchisation des sexes. Elle repose sur les connaissances anatomiques et biologiques qui permettent « d'objectiver » les fonctions reproductives du corps pour les maîtriser. Le corps de la femme est couramment stimulé par des hormones, monitoré par les contrôles échographiques afin de produire un bon nombre d'ovocytes. Les spermatozoïdes sont mis au comptage et catégorisation mais aucun traitement n'est proposé à l'homme pour améliorer leur spermatogenèse qui est souvent présenté pour le corps médical mystérieux ou faiblement hors du contrôle du médecin.

- ✓ L'expérience de l'échec rencontré par les couples infertiles, les plaçant en dehors de la norme procréative, c'est un échec de « performance », entendue à la fois comme la performance du corps reproducteur qui « n'obéie » plus, mais surtout comme une mise à l'épreuve des rôles de genre (Butler, 2005), en l'occurrence l'injonction à porter un enfant et à devenir mères pour les femmes et l'injonction à féconder leur partenaire pour les hommes. Ces couples s'engagent alors pour une série de confrontations à cet échec dans les sphères familiale, professionnelle et médicale, mais aussi au sein de leur propre sphère intime et conjugale.
 - ✓ La médecine considère le corps des masculins et féminins comme producteur des gamètes, hormonalement contrôlés. Le regard de la biomédecine sur le corps coupé de leur histoire faisant de la procréation une affaire de cellule disait H. Rouch (Rouch, 2011, p : 63). La reproduction humaine est ramenée au cellulaire comme : un ovule et un spermatozoïde suffit. Le couple et son histoire sont complètement occultés et effacés. Cette pratique médicale n'est pas une simple affaire de technique ou de laboratoire. Mais c'est une pratique qui met en jeu l'histoire de couples, son vécu subjectif et ses relations avec l'Autre. Son efficacité est incertaine et porteuse des risques. Mais les femmes se voient obligées de se soumettre à ces techniques car elles leur offrent la possibilité d'avoir un enfant.
 - ✓ Certains professionnels se focalisent sur leur compétence technique, utilisant un vocabulaire médical, rechignant à donner des explications aux patients, et en négligeant le sujet et son histoire, son milieu, son rapport au désir, décourageant souvent les questions des patientes les plus inquiètes. Elle met en avant la vision instrumentale et mécaniste du corps. Ce n'est pas un savoir sur l'homme, mais un savoir anatomique et physiologique.
 - ✓ Le parcours en PMA est vécu comme de véritables contraintes organisationnelles pour les femmes en ce qui concerne l'organisation des rendez vous et la nécessaire disponibilité qu'elle exige, par rapport à la vie professionnelle. Elle est unanimement perçue comme un grand investissement en termes de temps. La gestion de l'emploi du temps au travail est vécue contraignante dont témoignent les femmes qui travaillent et « celles au foyer » contrairement chez les hommes.
- Face aux échecs, la kafala reste par défaut une solution conditionnée et genrée dont le choix est féminin. La fille est plus soumise que le garçon. La décision de la kafala fait l'objet de conflit et de négociation avec tous les membres de la famille.
- Malgré les changements sociaux qu'a connus l'Algérie, la famille algérienne ne reconnaît pas la femme comme telle que dans l'accomplissement de son rôle de mère. L'infertilité et la PMA obéissent à la norme du genre. Si les enjeux de la PMA concernent le genre, ils peuvent toucher le marché de l'infertilité et feront l'objet d'une recherche ultérieure.