

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LORSQUE LA PROCRÉATION N'ADVIENT PAS : VERS UNE
COMPRÉHENSION EXISTENTIELLE DE L'EXPÉRIENCE DE FEMMES
AYANT FAIT PLUSIEURS FÉCONDATIONS IN VITRO DESQUELLES
AUCUN ENFANT N'EST ISSU

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
CÉLINE BOISSONNEAULT

SEPTEMBRE 2019

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je tiens en premier lieu à exprimer ma profonde reconnaissance à ma directrice de thèse, Madame Florence Vinit. Florence, votre manière si personnelle d'allier le travail, la réflexion et le jeu, jamais au détriment de la rigueur, ainsi que votre accompagnement soutenu et sensible, m'ont permis de réaliser cette thèse de doctorat en m'autorisant au plaisir d'écrire et de contribuer. Merci pour votre confiance.

Ma reconnaissance va ensuite aux cinq femmes qui ont pris part à cette recherche. Elles m'ont livré leur récit avec une générosité et une sensibilité des plus courageuses. Je souhaite par cette thèse leur donner une voix. C'est à elles que je dédie mon travail.

Je remercie les membres du jury, pour le temps et l'attention accordés à la lecture de cette thèse. Merci particulièrement à M. Christian Thiboutot pour la générosité de votre enseignement et pour la supervision lors de mon tout premier stage. Je tiens à souligner l'apport de Mme Mélanie Vachon pour les nombreux échanges sur les méthodologies qualitatives. Merci à mes superviseurs d'internat, Mme Stéphanie Fournier et M. Éric Morrissette, pour leur apport au développement de ma pensée clinique, laquelle a évidemment nourri cette recherche. Je remercie également Mme Irène Krymko-Bleton pour l'opportunité de coordonner le Centre d'activités et de références psychodynamique et humaniste. Je témoigne ma gratitude à feu professeur Bernd Jager pour le premier contact avec la psychologie humaniste et pour son enseignement original et incarné qui a de toute évidence orienté la suite de mon parcours. Enfin, je sais gré du soutien financier reçu durant mes études doctorales. En ce sens, je remercie sincèrement le Fonds de recherche du Québec pour la société et la culture, la Bourse d'excellence de la faculté des sciences humaines de l'Uqam ainsi que le Département de psychologie de l'UQAM.

Sur un plan plus personnel, je remercie chaleureusement Anne Gendreau, pour son apport majeur à travers les nombreux échanges réflexifs au sujet de la procréation assistée. Le partage de cet intérêt commun a non seulement enrichi mon travail de recherche, mais a participé au développement d'une amitié qui j'espère se poursuivra bien au-delà du cadre universitaire. En ce sens, je souhaite exprimer ma reconnaissance à l'égard des amitiés qui ont pris racine au fil de ces études en psychologie. Parmi celles-ci, j'ai une sincère pensée pour Fabienne Martin, Marc-Étienne L. Gaudet et Marilyne Savard, que je remercie pour leur présence inestimable et pour les discussions qui ont fait avancer cette thèse, tout en cultivant des liens combien significatifs. Merci aussi à Geneviève Houde pour le livre d'Annie Ernaux et pour les précieuses conversations! Merci du fond du cœur à Anouk Bélanger pour le coin de paradis tranquille et le bureau où j'ai pu me retirer afin d'écrire de grandes parties de cette thèse. À mon amie Audrey-Michèle Simard, merci d'être là depuis tout ce temps et pour tant de passages. Il m'importe également de témoigner ma reconnaissance à Mme Marie Normandin, pour l'espace, l'écoute et la parole.

Je tiens à exprimer ma gratitude à ma famille qui a contribué à faire de moi celle que je suis aujourd'hui. Merci à mes parents d'avoir valorisé et soutenu cette curiosité que je porte depuis l'enfance et qui a certainement été utile à la réalisation de cette thèse!

Du plus profond de mon cœur et avec tout l'amour que je lui porte, je remercie mon amoureux, Claude Bernier. Ta présence a fait toute la différence. Enfin, merci à mes deux filles, Marion et Laurelou. Être votre maman est un immense privilège et un bonheur intarissable. Merci de me ramener à l'essentiel.

C'est l'absence de sens de ce que l'on vit au moment où on le vit qui multiplie les possibilités d'écriture.

Annie Ernaux

TABLES DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	xv
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I RECENSION DES ÉCRITS	16
1.2 Perspectives historiques et éthiques	17
1.2.1 Les nouvelles technologies de la reproduction	19
1.2.2 Maternité et désir d'enfant	21
1.3 De l'infertilité à la vie sans enfant en passant par la procréation assistée : expérience singulière et trajectoire psychique	28
1.3.1 L'infertilité	30
1.3.2 L'expérience de la procréation assistée	34
1.3.3 L'arrêt des traitements : vers une vie sans enfant	41
1.4 L'apport psychanalytique	45
1.4.1 Introduction	45
1.4.2 Quelques mots quant au désir et au corps	48
1.4.3 Être femme, (ne pas) devenir mère	56
1.4.4 Au sujet de l'infertilité et de la réponse médicale	60
1.4.5 Sur le deuil et la perte	64
1.5 Ancrage humaniste : philosophie de l'existence et herméneutique	67
1.5.1 Introduction	67
1.5.2 De l'origine à la mort : les bornes de l'existence	72
1.5.3 La limite comme condition existentielle	76
1.5.4 Corps et corporéité féminine	80
1.5.5 Donner naissance : le sens de la maternité	85
1.5.6 Identité narrative et souffrance	88
1.6 Conclusion du chapitre I	91
CHAPITRE II AU SUJET DE LA MÉTHODE	95
2.1 Introduction	95

2.2	Positionnement du paradigme	97
2.2.1	L'expérience de la PMA, ou celle d'un récit troué	97
2.2.2	Une méthode pour garder la parole vivante	100
2.2.3	Rendre compte sans réduire	103
2.3	Déroulement de la recherche.....	106
2.3.1	Poser les conditions du dialogue et recueillir la parole.....	106
2.4	Interprétation des récits.....	120
2.4.1	Poursuivre la rencontre dans la concrétude de l'analyse	120
2.4.2	La voie de l'écriture	123
2.5	Considérations éthiques	127
2.5.1	Considérations générales.....	127
2.5.2	Consentement des participantes	128
2.5.3	Droit de retrait.....	129
2.5.4	Évaluation des risques et bénéfices.....	129
2.5.5	Confidentialité.....	130

CHAPITRE III L'EXPÉRIENCE VIRTUELLEMENT RACONTÉE: LES BLOGUES

	BLOGUES	134
3.1	Introduction.....	134
3.2	Blogues et procréation médicalement assistée.....	136
3.3	Récits virtuels de femmes en procréation assistée	138
3.3.1	Introduction.....	138
3.3.2	Le corps conjugué au temps vécu	139
3.3.3	Ce corps, est-il le mien?.....	146
3.3.4	Les marques de l'inhabité	150
3.3.5	De la boxe	154
3.4	Ce que nous disent les blogues : questions soulevées, pistes de réflexion et conclusion	158

Conclusion de la partie I les enjeux de l'infertilité et de la pma : du trou identitaire et de la vacuité des récits collectifs à la nécessité de raconter..... 165

CHAPITRE IV CE QUE DISENT LES FEMMES: MISES EN RÉCITS INDIVIDUELLES

	INDIVIDUELLES	173
4.1	Introduction.....	173
4.1.1	Introduction au chapitre	173

4.1.2	Portrait général et descriptif des femmes rencontrées	175
4.2	Nina.....	177
4.2.1	L'expérience de la PMA ou récit d'un chemin de fer.....	179
4.2.2	Traversée du corps et corps traversé.....	183
4.2.3	Rencontrer la limite : du cri du corps à l'arrêt des traitements.....	193
4.2.4	Dans le monde et en soi, quelle place pour une femme sans enfant?	197
4.3	Virginie	199
4.3.1	Incertitude quotidienne et doute existentiel	201
4.3.2	Maux du corps et mots de femmes.....	208
4.3.3	La limite : rencontre et contournement.....	220
4.3.4	Porter la limite pour soi-même.....	224
4.4	Sophie.....	228
4.4.2	À l'horloge de la procréation assistée, quel temps pour le désir?.....	235
4.4.3	La première injection, un moment charnière	239
4.4.4	Mon corps comme un autre; entre distanciation et rapprochement	244
4.4.5	L'arrêt des traitements : dire « non » ou ne pas redire « oui.....	251
4.4.6	Être une femme sans enfant	253
4.5	Éva	255
4.5.1	Une temporalité brisée	258
4.5.2	Entre l'idée et le réel de la clinique.....	264
4.5.3	Dire la douleur, taire le vécu; récit du corps	268
4.5.4	Être une femme parmi celles qui sont mères	274
4.5.5	Le récit de l'arrêt des traitements : l'insistance de l'impensable.....	277
4.6	Véronique.....	286
4.6.1	De la charge au manque : au travers du processus en PMA	288
4.6.2	Le rapport au corps, entre investigation et habitation.....	292
4.6.3	Rencontre avec la finitude, rencontre avec soi : la vie sans enfant.....	297
4.6.4	Faire le récit de ce parcours	301
4.7	Conclusion du chapitre IV	304
 CHAPITRE V CE QUE DISENT LES FEMMES DE LEUR EXPÉRIENCE: INTERPRÉTATIONS TRANSVERSALES		 310
5.1	Introduction.....	311
5.2	Traversée temporelle.....	313
5.2.1	Tissage entre les temps de la PMA : du futur sans enfant au présent figé des traitements.....	314

5.2.2	Suivre le rythme de la PMA, ou du désir à l'urgence	319
5.3	Le corps raconté	324
5.3.1	Le ventre en plein cœur.....	325
5.3.2	Du corps percé au corps transparent; entre intrusion et transgression (expérience de la médecine).....	328
5.3.3	Du corps à soi, de près ou de loin	331
5.4	Rencontre avec une limite, rencontre avec soi : penser l'arrêt des traitements de PMA335	
5.4.1	Les visages de l'arrêt ou ce que « cesser les traitements » veut dire	336
5.4.2	Lorsqu'un temps d'arrêt s'impose : limite et solitude	339
5.4.3	Du deuil de l'enfant jamais conçu à celui de la mère non advenue	342
5.5	Conclusion	344
CHAPITRE VI DISCUSSION		348
6.1	Introduction.....	348
6.2	Le corps comme un entrelacs.....	350
6.2.1	À la croisée des temps, des rôles et des sens	351
6.2.2	Le corps éprouvé par la PMA ou l'emblème d'une corporéité blessée .	360
6.3	Penser la limite en procréation médicalement assistée	363
6.3.1	La ou les limite (s) : pluralité et mouvance de limites singulières.....	365
6.3.2	Porter la souffrance du parcours pour ne pas porter le vide (place du parcours en PMA) :.....	372
6.3.3	Le travail de la limite comme une voie vers la possibilité de « prendre sa place »	375
6.4	Qui suis-je sans toi? L'enjeu identitaire au cœur de l'expérience des femmes	380
6.4.1	« Femme sans enfant » comme un adage de la souffrance	381
6.4.2	Raconter sa traversée (se) reconnaître, et porter son désir blessé.....	388
6.5	Conclusion : entre désir et souffrance, le « je » existant.....	392
CONCLUSION.....		397
7.1	Une recherche qui raconte.....	397
7.1.2	Apports de la recherche.....	398
7.1.3	Recommandations cliniques	400
7.2	Limites de la recherche	402
7.3	Pistes de recherches futures	404

7.4 Le mot de la fin	405
ANNEXE A ANNONCE DE RECRUTEMENT	407
ANNEXE B Formulaire de consentement	409
ANNEXE C Canevas d'entretien.....	413
ANNEXE D Questionnaire sociodémographique.....	415
RÉFÉRENCES.....	418

RÉSUMÉ

Cette recherche porte sur l'expérience de femmes ayant reçu plusieurs fécondations in vitro et desquelles aucun enfant n'est issu. Les écrits scientifiques et cliniques soulignent que l'infertilité constitue une source de souffrance (A. L. Greil, Slauson-Blevins, & McQuillan, 2010). Or, il semble que les traitements qui tentent d'y répondre peuvent également s'avérer d'une grande souffrance, particulièrement lorsque les échecs s'accumulent et que les traitements prennent fin sans qu'un enfant n'ait été conçu (A. L. Greil, McQuillan, Lowry, & Shreffler, 2011).

Par ailleurs, les femmes occupent dans ces parcours médicaux la position de patiente. Leur corps se trouve en effet au cœur de la majorité des interventions, qu'elles soient porteuse ou non de l'infertilité. Relevons également que l'identité féminine est encore aujourd'hui fortement liée à la maternité et que l'infertilité semble provoquer un remaniement identitaire chez les femmes qui ne deviennent pas mères alors qu'elles le souhaiteraient (Gaille, 2011). Soulignons enfin la multiplication des espaces virtuels (blogues, forums) consacrés aux femmes vivant l'expérience de la procréation assistée (Isupova, 2011). Le foisonnement de ces lieux d'expression nous donne à penser quant au besoin de mettre en mots ces expériences complexes et douloureuses. Pourtant, les recherches sur le sujet donnent généralement peu de place à la parole des femmes. La plupart s'effectuent selon un devis expérimental ou visent une description des symptômes ou comportements observables reliés à l'adaptation à la procréation assistée.

Conséquemment, cette recherche souhaite poser un regard existentiel et orienté par le désir de mieux comprendre l'expérience des femmes ayant fait plusieurs fécondations in vitro et desquelles aucun enfant n'est issu. Dans le but de poursuivre notre objectif une méthodologie qualitative a été préconisée et une posture interprétative relevant de l'herméneutique a été adoptée. Nous avons combiné l'interprétation de blogues et d'entretiens de recherche menés auprès de cinq femmes ayant reçu plusieurs fécondations in vitro et cessé ces traitements sans avoir eu d'enfant. Les récits des femmes ont été interprétés selon une démarche inspirée de l'herméneutique et de l'analyse en mode écriture (Paillé & Mucchielli, 2013).

Depuis une posture existentielle, l'interprétation des récits des femmes a mené à une compréhension plus approfondie de leur expérience en faisant émerger des enjeux reliés

au rapport au temps, au rapport au corps et aux mouvements inhérents aux limites internes et externes rencontrées dans le parcours. Enfin, cette recherche a pu mettre en lumière que l'arrêt des traitements de procréation assistée lorsque cela implique la possibilité d'une vie sans enfant constitue un processus de deuil pour les femmes qui le vivent. En s'appuyant notamment sur la notion d'identité narrative présentée par Paul Ricoeur, nous avons pu proposer des pistes de réflexion quant à la possibilité de porter cette souffrance à travers une mise en récit potentiellement constitutive du remaniement identitaire que commande cette épreuve.

Mots clés : procréation médicalement assistée, infertilité, femme, désir d'enfant, vie sans enfant, philosophie de l'existence, herméneutique, identité narrative

INTRODUCTION

Dans le cadre de cette thèse doctorale, je me suis intéressée à l'expérience de femmes ayant vécu l'échec de la procréation assistée. Sujet d'actualité s'il en est un, les nouvelles technologies de la reproduction font désormais partie du paysage social, culturel, politique, tout autant qu'il se présente comme une avenue possible et accessible pour la plupart des individus. Face à la souffrance que peut générer l'impossibilité de concevoir un enfant de façon « naturelle », la procréation médicalement assistée (PMA) peut s'avérer une voie porteuse d'espoir. Dès lors que ces avancées scientifiques permettent parfois de contourner l'infertilité, elles peuvent aisément être perçues comme une solution potentiellement miraculeuse, une manière d'accéder à la parentalité. Or il s'avère que les trajectoires en PMA sont souvent décrites comme étant également source de souffrances, particulièrement lorsque la durée du processus s'étire et que les échecs se multiplient (Daniluk, 2007; Galhardo, Moura-Ramos, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2016; A. L. Greil, McQuillan, Lowry, & Shreffler, 2011). C'est d'emblée ce qui m'a interpellée, et j'ai choisi d'aborder ce thème sous l'angle de l'expérience des femmes en ce contexte. Parce qu'elles se trouvent en plein cœur des traitements, mais également parce que la maternité est encore fortement liée à l'identité féminine (Delaisi de Parseval, 1983; Gaille, 2011), j'ai eu envie de comprendre l'expérience des femmes vivant l'échec de la procréation assistée et décidant de cesser les traitements après plusieurs tentatives infructueuses et sans avoir eu d'enfant. J'aimerais souligner que j'utilise ici le mot « échec » pour évoquer que les traitements n'aboutissent pas à la naissance d'un enfant, mais que le choix de ce mot aura été appelé à bouger au cours du processus de recherche. Son utilisation ponctuelle n'en demeure pas moins discutable, mais elle est acceptée pour

le moment, en résonnance au vécu des femmes qui m'ont souvent parlé de leur expérience de cette manière, du moins dans un premier temps. J'ai d'abord eu envie de m'intéresser à l'expérience vécue des traitements et je me sentais très interpellée par la question du rapport au corps traversé dans ce parcours. Ce point focal s'est élargi pour faire place à la question de la décision de cesser les traitements lorsqu'une vie sans enfant s'ensuit. J'ai donc abordé ce vaste sujet sous l'angle du vécu des femmes qui prennent la décision, à un moment ou un autre, de cesser les traitements lorsque cela ouvre à la possibilité d'une vie sans enfant. Cette recherche s'inscrit dans une perspective herméneutique et existentielle, posture relevant de la psychologie humaniste. Il s'agit d'une étude interprétative visant à éclairer l'expérience des femmes notamment à travers la mise en récit qu'a représentée pour moi le travail d'écriture inhérent à cette thèse. Voyons maintenant de manière plus détaillée comment se sont posés les jalons de cette recherche.

1. PROBLÉMATISATION

Il concentrait toute son attention sur la patiente : « Nous allons procéder à une petite intervention, dit-il. Soyez sans crainte, vous ne sentirez absolument rien. » Puis il se dirigea vers une petite armoire vitrée et il en sortit une seringue à injection où l'aiguille était remplacée par un petit manchon en matière plastique (Kundera, 1976).

Ainsi sont présentées, dans le roman de Kundera, les actions précédant l'insémination artificielle d'une patiente du docteur Skreta. Les procréations médicalement assistées, incluant les nouvelles technologies de la reproduction comme la fécondation in vitro (FIV), constituent de nouvelles possibilités pour le couple dit infertile souhaitant

mettre au monde un enfant ou fonder une famille. Au plan mondial, l'infertilité touche 5% à 30% de la population, les pays en développement présentant un taux plus élevé (Cousineau & Domar, 2007). Au Canada, entre 11,5% et 15,7% de la population est infertile (Bushnik et coll., 2012). Dans le cadre de cette recherche, nous considérons la définition de l'infertilité proposée par L'Organisation mondiale de la santé, à savoir une maladie du système reproducteur caractérisée par l'incapacité de mener une grossesse à terme après douze mois de rapports sexuels réguliers sans contraception. Soulignons que cette définition est en voie d'être remaniée afin d'inclure plus manifestement les cas d'infertilité inexplicée ou sans étiologie médicale claire. L'on peut donc considérer l'infertilité comme l'absence de grossesse après douze mois de rapports sexuels non protégés, et donc comme ce fait de ne pas parvenir à avoir d'enfant sans que cela soit défini comme une « maladie » (World Health Organization, 2016). À ce sujet, les risques d'une catégorisation binaire de « fertile » versus « infertile » ont également été soulevés par Johnson et Quinlan (2017). Les auteures soulignent avec justesse que la ligne entre ces deux statuts est parfois mince et se tient sur un équilibre fragile. En effet, une femme peut se vivre comme infertile puis finalement enfanter alors qu'à l'inverse les cas d'infertilité secondaire démontrent parfois que la possibilité de donner naissance ne se laisse pas tenir pour acquis. Relevons également l'enjeu de la distinction entre stérile, infertile, non fertile, ou hypofertile, ou encore, fertilité diminuée. Dans ce contexte, les procréations médicalement assistées (PMA) offrent une tentative de réponse à un désir d'enfant qui ne peut s'actualiser. L'infertilité renvoie à un désir profondément humain, tout autant qu'elle fait intervenir d'importantes représentations au plan social, individuel, identitaire et existentiel. Conséquemment, elle est plus qu'une problématique uniquement biomédicale et comporte des conséquences psychologiques, émotionnelles et relationnelles pour le couple qui s'y voit confronté (Cousineau & Domar, 2007; Driscoll et coll., 2016; A. L. Greil, Slauson-Blevins, & McQuillan, 2010). Le recours aux PMA peut mener à une naissance vivante, pour le plus grand bonheur des parents. Ce parcours peut toutefois également s'avérer une expérience

pénible, une rude épreuve teintée d'oscillations entre deuil et espoir, et dont la souffrance est souvent tue.

L'extrait du roman de Kundera ci-dessus présenté met en saillance la posture de la femme ayant recours aux PMA, en la situant dans une posture de patiente. Le corps de cette dernière se trouve donc ausculté, traité et potentiellement soumis à répétition au dévoilement de sa défaillance. Il se trouve par ailleurs observé et touché par l'entremise des différents outils utilisés : seringue, étrières, spéculum, échographe, gants... Le philosophe Hans-Georg Gadamer (1998) posait, dans son ouvrage *Philosophie de la santé*, la question suivante : « Comment l'expérience du corps et la science s'articulent-elles? » (p.82). Cette interrogation suppose en quelque sorte un statut particulier au corps, lequel n'est pas nécessairement réconciliable au paradigme médical. En ce sens, Merleau-Ponty (1945) présente le corps comme ce vecteur de notre existence oscillant constamment entre cette chose dont je dispose et cette chose que je suis. Cette conception, qui amène le corps par-delà sa seule dimension de chose, nous invite à penser le corps autrement que comme un organisme objectivable. Or, le paradigme médical dominant est historiquement fondé sur une quête de connaissance du corps objet, laquelle a pris forme à travers l'étude notamment de cadavres au XIII^e siècle. En effet, les premières études anatomiques ont pu avoir lieu après qu'ait été donnée par l'autorité monarchique la « permission » de toucher le corps d'un défunt. Cette quête de la composition anatomique d'un corps humain relevait donc à la fois d'une forme de transgression (jusque-là, il était sacrilège de disséquer un cadavre), mais s'est effectuée sur des corps désincarnés, sans vie. « L'objet corps » s'est donc alors étudié sur un corps mort, un corps dissocié de la personne qui l'habite, en quelque sorte. La médecine occidentale découle de ce paradigme, et donc la réponse technoscientifique proposée par les PMA également. Développées dans le courant de la science médicale, les PMA posent le corps et le

système reproducteur au cœur d'une tentative d'objectivation. Considérant le corps comme vecteur de l'existence subjective de chaque être, à l'instar de Merleau-Ponty, s'attarder au corps dans son unique dimension physiologique peut comporter le risque d'une perte de sens, voire d'une désobjectivation (Le Breton, 1999). Conséquemment, une réflexion s'impose quant à la manière dont le vécu de la femme est teinté par ces démarches.

Par ailleurs, le fardeau psychologique figure en tête de liste (Cousineau & Domar, 2007; Domar, 2004; Gameiro, Boivin, Peronace, & Verhaak, 2012) parmi les motifs d'abandon des traitements. Il semble donc que le parcours en PMA soit en lui-même porteur d'une souffrance particulière, mettant dans certains cas les femmes face à la décision difficile de cesser les traitements, lorsque cela peut signifier de renoncer à la maternité biologique ou à la possibilité de porter son propre enfant (car la gestation pour autrui peut permettre la maternité biologique dans le cas d'un don d'ovule de la femme infertile, par exemple). À la lumière de ces informations, il semble nécessaire de s'interroger quant au vécu des femmes traversant ce processus.

Il faut également soulever la particularité du contexte québécois : la période allant du mois d'août 2010 à novembre 2015 a été marquée par la mise en place du Programme québécois de procréation assistée. Les frais encourus par les traitements de l'infertilité étaient alors en grande partie couverts par le régime de l'assurance maladie du Québec. Le programme couvrait ainsi les frais de la fécondation in vitro pour trois cycles stimulés ou six cycles naturels. Dans un contexte où les traitements offerts sont limités et reconnaissant les difficultés psychologiques rencontrées, il importait de s'interroger sur l'accompagnement offert aux différentes étapes d'un tel

parcours, d'où l'idée initiale de ce projet de recherche qui visait à approfondir les connaissances quant au vécu des femmes vivant de manière répétée une fécondation in vitro. L'abolition du programme en 2015 a soulevé une grande mobilisation militante chez les personnes infertiles. Malgré les revendications pour le maintien du programme, ce dernier a été remplacé par un crédit d'impôt offert en fonction du revenu des patients. Ce crédit d'impôt est accessible pour un seul cycle de fécondation in vitro chez les couples n'ayant jamais eu d'enfant. À la suite de ces remaniements politiques, ce projet de recherche soulève différemment la question de l'arrêt des traitements, le nombre de traitements n'étant plus fixé par le cadre législatif en vigueur. Parallèlement, ce changement législatif aura restreint l'accès à la fécondation in vitro, les données récentes de la Régie de l'assurance maladie du Québec présentent une diminution des cycles de FIV effectués depuis l'abolition du programme, et ce au profit d'une augmentation des inséminations artificielles. Bien que ce changement de cadre amène à cesser les traitements peut-être davantage, la question même de l'arrêt des traitements (sans qu'un enfant ait été conçu) est aussi un enjeu propre à tout essai technique. Il n'y a pas de garantie de résultat. Conséquemment, une réflexion sur l'arrêt des traitements est pertinente, et ce bien au-delà du contexte actuel.

Ainsi, la procréation assistée propose une avenue lorsque la conception naturelle d'un enfant s'avère difficile ou impossible. Toutefois, et comme mentionnées précédemment, ces procédures peuvent porter à conséquence sur le plan psychologique, particulièrement lorsque les traitements sont infructueux. Dans le contexte de ces parcours de soins, la femme est souvent identifiée comme patiente, recevant la grande majorité des traitements, qu'elle soit porteuse ou non de l'infertilité. Effectuées à même son corps, les interventions en PMA peuvent ébranler la femme dans son rapport au corps, son rapport au monde et à elle-même. Enfin, la

maternité demeure fortement liée à l'identité féminine (sur le plan social, collectif, mais également individuel pour la femme qui souhaite devenir mère). L'infertilité peut donc venir causer un bouleversement dans le cours de la vie adulte, confrontant notamment à penser autrement la question de l'identité féminine. C'est pourquoi il m'est apparu d'autant plus pertinent de m'intéresser à l'expérience des femmes dans un contexte où les traitements n'aboutissaient pas à la venue d'un enfant.

Par ailleurs, nous pouvons observer une grande utilisation des communautés virtuelles (blogues, forums, groupes sur les réseaux sociaux) par les femmes dites infertiles ou recevant des traitements de fécondation in vitro. Ceci peut être compris comme un besoin de témoigner de son expérience, ou de la partager avec d'autres personnes vivant quelque chose de similaire, et ces lieux de partage viennent souvent répondre à la difficulté pour les femmes de trouver une réponse appropriée à leur souffrance au sein de leur entourage (Isupova, 2011). Le foisonnement et la grande utilisation de ces lieux de conversation ou d'expression de soi questionnent : quel est le sens de leur élaboration? À quoi répondent-ils qui ne semble pas avoir été pris en compte dans le social? Dans le cadre de cette recherche, j'ai été frappée par la multiplicité de blogues rédigés par des femmes traversant un parcours en procréation assistée, et il m'a semblé que cela pouvait témoigner d'un besoin de mise en récit de cette expérience. Portée par ces enjeux actuels et en mouvement au niveau social, j'ai orienté mon projet de recherche vers une compréhension du vécu des femmes ayant fait l'expérience de la fécondation in vitro et pris la décision de cesser ces traitements sans avoir eu d'enfant.

2. OBJECTIF ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Plus concrètement, l'objectif principal ayant guidé cette recherche s'énonce comme suit : développer une compréhension du vécu des femmes ayant fait plusieurs fécondations in vitro et desquelles aucun enfant n'est issu.

Cet objectif principal s'énonce en ayant en tête les fondements existentiels guidant ma démarche. Dans le but de circonscrire mon travail et de l'articuler aux enjeux existentiels, c'est-à-dire propres à la condition humaine et touchant l'existence de chaque être, l'objectif principal se décline en quatre questions de recherche :

- Comment le rapport au corps et à la féminité s'articulent-ils à l'expérience des femmes en procréation assistée ayant décidé d'arrêter les traitements?
- Comment s'élabore la décision de cesser les traitements et comment les femmes portent-elles cette décision à la suite de l'arrêt?
- Quel sens revêt, du point de vue des femmes, la mise en récit de l'expérience des traitements de procréation assistée et de leur échec?
- Quels seraient les éléments constitutifs d'un accompagnement qui serait adéquat, aidant et préventif, quant aux difficultés psychologiques post-PMA, et ce, tout au long des démarches?

Le projet de départ s'articulait autour d'un objectif principal et de sous-objectifs de recherche. Au cours du processus, j'ai plutôt choisi de transformer les sous-objectifs

en questions de recherche. Il m'a en effet semblé plus fertile, au long de la réflexion et particulièrement pour la discussion de la thèse, de porter des questions plutôt que de chercher à atteindre des objectifs. Ces deux formats me sont apparus comme étant complémentaires alors que l'objectif principal a pu guider l'ensemble du projet et les questions ont permis une ouverture en maintenant la pensée en mouvement.

3. SITUATION ET PERTINENCE DE LA RECHERCHE

Voilà qui m'amène à situer cette recherche de manière plus précise dans le grand champ disciplinaire qu'est la psychologie. Comme mentionné précédemment, il s'agit d'une recherche interprétative s'inscrivant dans la lignée européenne de la psychologie humaniste. Le cadre théorique et méthodologique découle donc des courants philosophiques que sont la phénoménologie, la philosophie de l'existence et l'herméneutique (avec un accent particulier mis sur ces deux derniers courants). Il s'agit d'une recherche visant à dégager une compréhension du sens de l'expérience des femmes en partant de leur récit et en adoptant une posture dialogique face à celui-ci. La démarche préconisée s'inspire à la fois de l'herméneutique tel que pensé par Gadamer (Gadamer, 1976) et des notions théoriques sur l'identité narrative et la souffrance telles que présentées par Paul Ricoeur (Ricoeur, 1985, 1994). Afin de soutenir ma réflexion et l'élaboration des idées, je me suis également nourrie d'écrits issus de la psychanalyse.

Lors de ma fréquentation avec les recherches déjà existantes sur le thème de la procréation assistée, j'ai pu constater que la majorité d'entre elles étaient effectuées dans un paradigme positiviste, par le biais de recherches quantitatives ou de devis mixtes, laissant peu de place à la parole des sujets concernés. Au cours des dernières années, force est de constater que plusieurs recherches qualitatives ont émergé, dont quelques-unes dans une perspective humaniste, portant le plus souvent sur une analyse de contenu, mais pas forcément sur le vécu ou le sens. Ceci étant dit, cette approche demeure marginale dans le domaine de la procréation assistée et de l'infertilité. Par ailleurs, la plupart des recherches se penchent soit sur l'expérience de la PMA, soit sur la vie sans enfant, mais peu d'entre elles font le pont entre les deux en s'attardant au processus qui peut lier ces deux éléments d'une expérience complexe. Finalement, les recherches en psychologie mettent souvent l'accent sur la présence de symptômes et de psychopathologie (pensons notamment aux échelles de stress liés à l'infertilité ou aux mesures de dépression ou d'anxiété durant les traitements) ce qui peut comporter le risque de réduire l'expérience vécue à ces seuls éléments.

La présente recherche trouve son originalité en ce qu'elle se penche sur l'expérience vécue des femmes et sur la mise en récit de cette expérience. Elle ne vise donc pas la production d'un savoir théorique qui permettrait d'expliquer ou de décortiquer objectivement leur expérience. Ma recherche souhaite plutôt faire entendre l'expérience des femmes afin d'en dégager un sens qui puisse offrir une compréhension nouvelle de ce phénomène, tout en invitant à une réflexion constante et en mouvement. Plus précisément, trois éléments me semblent donner à cette recherche sa particularité : (1) sa posture interprétative, portée jusque dans l'analyse et dans la discussion, notamment par la démarche d'analyse par l'écriture (2) le fait qu'elle puise dans des sources variées de contenu (lecture de blogues, entretiens avec

des femmes, discussion sur des photos prises par les femmes) (3) la place centrale accordée à la mise en récit, tant du côté des femmes que de celui de la chercheuse, propose un style de résultats qui vise à ouvrir au dialogue avec les femmes que cette recherche concerne, les gens de leur entourage, le personnel soignant et le psychologue éventuellement appelé à côtoyer cette réalité clinique. Ces éléments seront repris de façon plus approfondie dans le chapitre dédié à la méthodologie de la recherche. Il m'apparaissait toutefois important de les mentionner dans le but de bien guider le lecteur ou la lectrice de cette thèse.

Afin d'effectuer ma recherche, je me suis d'abord familiarisée avec le sujet de l'infertilité et de la procréation assistée par des lectures théoriques et cliniques. J'ai par la suite effectué la lecture de blogues rédigés par des femmes en processus de procréation assistée avec de me plonger dans l'expérience de ces femmes. Une lecture ainsi qu'une analyse exploratoire de quatre blogues a donc été faite, ce dans le but de faire émerger les thèmes qui m'apparaissaient importants. Des entretiens de recherche ont ensuite été faits auprès de cinq femmes rencontrées deux fois chacune, puis une interprétation de leur récit par la voie de l'écriture a été effectuée. Il s'agit donc d'une recherche s'inscrivant dans la lignée de la psychologie humaniste (plus précisément existentielle et herméneutique), mais qui emprunte également à la pensée psychanalytique. Cette recherche trouve sa spécificité en ce qu'elle propose une approche interprétative visant à produire un récit permettant de faire résonner l'expérience des femmes et d'en proposer une compréhension nouvelle. Enfin, une perspective existentielle se distingue par la reconnaissance que le sujet est situé, et c'est donc dans un rapport au monde, à l'autre et à soi que l'expérience humaine se déploie. La dimension psychologique d'une expérience n'est donc pas réductible à l'explication séparée qu'on pourrait en donner. Bien au contraire, c'est dans le lien et dans ce que le sujet raconte de lui-même que son vécu s'élabore et trouve son sens.

Nous reconnaissons donc l'humain comme un être fondamentalement relationnel, qui a une histoire et dont l'expérience singulière ne peut se comprendre que par le dialogue. Avant de plonger dans le cœur du travail, je propose au lecteur un survol sommaire de la structure de la thèse, afin d'en guider plus aisément la lecture.

4. FORMAT DE LA THÈSE

Cette introduction générale de la thèse avait pour objectif de présenter mon sujet de recherche par sa problématique. J'y ai démontré que mon intérêt a porté sur l'expérience des femmes vivant plusieurs fécondations in vitro infructueuses et cessant les traitements sans avoir eu d'enfant. J'ai pu poser les bases de la recherche, soit l'objectif principal et les questions de recherche qui en découlent, tout en présentant de façon sommaire les balises de ma démarche phénoménologique. Les spécificités de cette recherche ont également été présentées, tout comme j'ai pu la situer dans mon champ disciplinaire qu'est la psychologie.

Cette thèse comporte donc deux parties. La première partie présente le cadre théorique de la thèse et se décline en trois chapitres. Le premier est consacré à la

recension des écrits et est composé de quatre sections présentant tour à tour un regard historique et éthique sur les nouvelles technologies de la reproduction, une revue de la littérature scientifique en psychologie sur l'infertilité, l'expérience de la procréation assistée et la vie sans enfant, l'apport d'écrits psychanalytiques sur ces thèmes, puis les éléments théoriques de l'ancrage humaniste de cette thèse. Le second chapitre est consacré à la méthodologie de la recherche, puis le troisième à la présentation du fruit d'un travail exploratoire effectué sur les blogues. La deuxième partie de la thèse qui s'intitule « Analyses et discussion » comporte également trois chapitres. Le quatrième chapitre de la thèse présente les résultats du travail d'analyse d'entretiens menés avec chacune des cinq femmes rencontrées, à la manière de petites études de cas. Le cinquième chapitre est consacré à la présentation des analyses transversales des entretiens, et propose une mise en lien des récits des femmes et la présentation de thèmes prégnants permettant de décrire et de comprendre leur expérience. Le sixième chapitre est consacré à la discussion; il présente une mise en dialogue des éléments ayant émergé des analyses avec certains écrits théoriques ou cliniques qui auront permis de développer une compréhension du phénomène appréhendé. Finalement, une conclusion mettra en lumière certaines pistes de réflexion futures. Les limites et apports de la thèse y seront également présentés, puis les recommandations cliniques émises à la suite de ce travail de recherche.

PARTIE I

CADRE THÉORIQUE

Le présent travail de thèse a donc pour objectif principal de développer une compréhension de l'expérience vécue des femmes ayant fait plusieurs traitements de fécondation in vitro et desquels aucun enfant n'est issu. Le cadre théorique préconisé afin de tenter de répondre aux questionnements soulevés par cette recherche sera présenté au cours des trois chapitres constituant cette partie. Le premier chapitre sera donc consacré à une recension critique des écrits sur les thèmes de l'infertilité, de la procréation médicalement assistée et de la vie sans enfant. Il m'est apparu pertinent, voire nécessaire de puiser dans différents champs disciplinaires, notamment la sociologie, la philosophie, la psychologie et la psychanalyse afin d'éclairer notre regard sur le sujet de cette recherche. Le second chapitre sera entièrement consacré à présenter la méthodologie de la recherche, soit le « comment faire ». La posture épistémologique adoptée ainsi que les différentes étapes de la réalisation de ce projet y seront présentées. Le troisième chapitre, qui présente le travail d'analyse exploratoire effectué sur les blogues, aurait pu se retrouver dans la seconde partie de la thèse. Or il a été convenu de l'insérer à la fin de celle-ci, puisque les blogues ont été fréquentés et utilisés d'une manière similaire à la littérature scientifique sur le sujet. La lecture de ces narratifs virtuels a permis de mieux circonscrire et orienter les

entretiens de recherche qui allaient être menés par la suite. Attardons-nous donc en premier lieu à la recension des écrits.

CHAPITRE I

RECENSION DES ÉCRITS

1.1 Introduction

Nous tenterons de répondre à la question que pose cette recherche par une démarche herméneutique. Il importe déjà de mentionner que l'herméneutique reconnaît le rôle crucial du récit dans la compréhension. En racontant, en *se* racontant, l'humain peut parvenir à se comprendre et à se penser. Toujours déjà en relation avec le monde qu'il habite, ses récits ne peuvent s'élaborer qu'en dialogue avec des récits antérieurs. Il en va donc ainsi pour la présente recherche où nous souhaitons comprendre l'expérience des femmes ayant vécu l'arrêt de traitements de fécondation *in vitro* sans qu'un enfant ait été conçu. Une telle compréhension ne peut advenir que par l'instauration d'un dialogue entre la parole des femmes rencontrées, la chercheuse, puis ce qui a déjà été raconté sur le sujet et qui sert de support à la pensée. C'est en ce sens que sera abordée la revue de littérature, comme une présentation de ce que d'autres ont déjà écrit et qui nous aide aujourd'hui à penser dans l'actuel les thèmes dont il sera question. Le chapitre consacré à la recension des écrits propose donc une sorte de promenade à travers quatre sections proposant l'éclairage de différents angles et disciplines. La première section aborde la trajectoire du désir d'enfant et de la procréation médicalement assistée d'un point de vue historique et éthique. La seconde est consacrée de manière plus particulière aux fruits de la recherche en psychologie quant aux impacts de l'infertilité, de la procréation assistée puis de la vie sans enfant pour les femmes. Une troisième section puise dans les écrits de la psychanalyse afin de proposer un survol de cette pensée quant aux thèmes de la

présente recherche. Les écrits psychanalytiques trouvent leur pertinence dans leur générosité quant au sujet du désir d'enfant, de la maternité, puis de l'infertilité, tout en proposant une assise théorique permettant de réfléchir à ce qui échappe au sujet. Si cette recherche ne vise pas à mettre en avant, à l'instar de la psychanalyse, une théorie du fonctionnement psychique à partir de l'inconscient, ces écrits ont su fortement inspirer la réflexion tout au long de l'élaboration de cette thèse. Enfin, la quatrième section présente les thèmes majeurs caractérisant la philosophie de l'existence et l'herméneutique, courants philosophiques où plongent les racines de la psychologie humaniste qui constitue le cadre conceptuel sur lequel repose ce travail. Chacune des sections propose une pensée cohérente avec l'ancrage théorique de cette thèse et permet d'illustrer la complexité de ce grand thème qu'est la procréation médicalement assistée et plus largement du désir d'enfant.

1.2 Perspectives historiques et éthiques

Les nouvelles technologies de la reproduction s'inscrivent au nombre des avancées technoscientifiques émergeant à notre époque. Tant sur le prolongement de l'existence (par le maintien artificiel de la vie) qu'à son commencement (par les nouvelles technologies de la reproduction), c'est aux bornes de l'existence humaine que s'adresse la technique. Cela n'a rien d'étonnant puisque comme l'avance Christophe Dejours (Dejours, 1993), la création et la procréation sont les deux procédures par lesquelles le sujet peut atteindre une recherche d'immortalité, en réponse à l'angoisse de mort. Selon Monette Vacquin (1999), la technoscience est porteuse socialement des fantasmes de toute-puissance habitant chaque être humain. Leur donnant corps, elle inscrit ces fantasmes dans le réel, offrant l'illusion d'une promesse de maîtrise sur l'existence

humaine. Ces avancées soulèvent ainsi des questions très actuelles comme celle du droit à l'enfant qui se trouve en plein cœur de débats sociaux et politiques. Cette question côtoie également une pensée sur le désir d'enfant, laquelle est soutenue par un contexte socioculturel et s'est transformée à travers les époques. Si complexe à définir, le désir d'enfant renvoie à la naissance, à la mise au monde d'un nouvel être. Pour Hannah Arendt (Arendt, 1983), la natalité n'est pas un concept physiologique, mais ontologique. Il s'agit de cette faculté de l'humain de créer du nouveau, d'entreprendre du neuf. Ce faisant, il met au monde et se met au monde également. Enfin, la question de la naissance nous propulse droit dans le mystère signant l'existence humaine : celui entourant notre origine. Comment, au fond, les enfants se font-ils? Pourquoi *cet* enfant (et pas un autre) est-il conçu par *cette* union à *ce* moment précis?

Par ailleurs, le désir d'enfant est aujourd'hui souvent conçu comme l'équivalent d'un « projet d'enfant » ou alors d'une « volonté d'enfant », renvoyant à la dimension consciente de ce désir dont les racines plongent toutefois au cœur de la complexité de l'être ainsi que dans tout ce qui échappe à sa conscience. D'un point de vue existentiel, le désir de devenir mère s'inscrit directement dans l'historicité en ceci qu'il vise le relais de générations différentes, la projection vers le futur et l'inévitable traversée de sa propre histoire depuis une posture actuelle. En ce sens, il m'apparaît essentiel de s'intéresser à là d'où l'on vient, c'est-à-dire à l'histoire qui nous a menés jusqu'ici, collectivement. Conséquemment, cette section propose une traversée de certains marqueurs historiques du développement des nouvelles technologies de la reproduction puis de la fécondation in vitro. Ensuite, nous nous attarderons à l'influence de ces avancées scientifiques sur le rapport social et collectif à la maternité et au désir d'enfant. Enfin, nous proposerons un regard critique et une réflexion sur les enjeux éthiques soulevés par ces technologies. Les avancées technologiques, leur résonance au sein de la société et le rapport à la maternité qu'entretiennent les femmes participent d'un

contexte historique et culturel qui teinte toujours déjà le vécu individuel. Si la culture occupe une place majeure dans la manière de chacun de se vivre, gardons en tête que l'expérience que fait chaque personne de cette culture est toujours singulière. Nous avancerons donc à travers l'histoire en portant l'idée de cette danse entre chaque femme et l'époque, la société, la culture qu'elle habite et qui l'habite.

1.2.1 Les nouvelles technologies de la reproduction

Si la contraception et l'interruption volontaire de grossesse ont amorcé un grand tournant dans l'histoire de la procréation, c'est également dans cette voie que s'inscrivent les nouvelles technologies de la reproduction dont fait partie la fécondation in vitro. La fécondation hors du corps féminin est désormais possible grâce aux interventions médicales. De ce fait, l'union sexuelle d'un homme et d'une femme comme condition nécessaire à la procréation devient obsolète. Il est alors possible d'envisager la conception d'un enfant dans différentes configurations familiales (homoparentalité, monoparentalité), mais également dans des conditions physiologiques qui la rendait jusqu'alors impossible comme l'infertilité et l'hypofertilité. De plus, ces technologies recouvrent davantage que la reproduction biologique. Elles s'inscrivent directement dans la culture et transforment les rapports sociaux. Les rôles préétablis de père et de mère comme géniteurs de l'enfant sont ébranlés et nous assistons à de nouvelles configurations familiales au sein desquelles la parentalité se définit autrement que par la transmission d'un bagage génétique ou la participation à l'acte procréateur. Autrement dit, la famille nucléaire hétéroparentale est remise en question alors que la procréation peut être dissociée de la relation sexuelle (Thompson, 2016). Les technologies de la reproduction mettent donc en

scène plusieurs éléments qui s'entrecroisent à différents niveaux, tel que le souligne ici Sylvie Martin (2011, p.14) :

Produisant en même temps quatre nouveaux êtres sociaux (bébé, mère, père et famille), symbolisant à la fois le passé, le présent et l'avenir, à la croisée des traditions et du changement social, la procréation est un théâtre sociopolitique par excellence où se mettent en scène et se négocient maintes idées et idéologies, discours et valeurs, individus et groupes.

Enfin, soulignons l'impact symbolique de la technique. En ce sens qu'il s'adresse à des éléments fondamentaux de la vie humaine (début de la vie, mort, manipulations génétiques), le geste technoscientifique vient soulever d'importantes questions nourries d'un investissement affectif par chaque individu et par le collectif (Hottois, 1996, Vacquin, 1999). Certains auteurs diront que la technique entraîne une forme de désymbolisation, voire une perte de sens. Par exemple, pour le philosophe Gilbert Hottois (1996), la technique est « un autre du symbolique » puisque les liaisons qu'elle met en œuvre sont des liaisons causales, physiques, lesquelles diffèrent des liens symboliques. Avec les technologies de la reproduction, nous nous retrouvons donc face à la possibilité de réaliser des prouesses sur le plan scientifique, avec le danger de la perte de sens que cela peut comporter. Ceci étant dit, ces avancées se sont développées sous l'égide d'un succès biomédical, notamment car elles permettent de contourner l'obstacle de l'infertilité pour celles et ceux qui y sont confrontés. Voyons maintenant comment se dessine, d'un point de vue historique et sociologique, la transformation du rapport à la maternité et au désir d'enfant qu'a entraîné le développement des nouvelles technologies de la reproduction.

1.2.2 Maternité et désir d'enfant

« On ne peut plus laisser croire que devenir mère n'est qu'une disposition de la nature, comme si la maternité allait de soi... Alors que la maternité va en soi » (Delassus, 2007, p.XI)

Dans le cadre de cette recherche, le thème de la maternité se pense relativement au désir d'enfant et la non-réalisation de ce désir. En effet, c'est au désir d'enfant laissé sans réponse et à la souffrance que cela soulève, que tente de répondre la procréation assistée. Penser la maternité, c'est également s'inscrire dans une tradition où le thème de l'enfant qui vient ou qui ne vient pas est depuis toujours très présent. Plusieurs mythes fondateurs et récits s'élaborent autour de ce thème de la venue de l'enfant (pensons à la naissance du Christ) ou alors à l'enfant qui se fait attendre (notamment l'histoire de Sarah ou de Rachel dans la tradition juive, femmes stériles du récit de la Genèse et qui deviendront mère grâce à une intervention divine). Ces récits de la tradition judéo-chrétienne s'articulent autour de la venue d'un enfant ou de son attente, mais font également intervenir une force divine dans la conception de l'enfant. Ils contribuent à nourrir un imaginaire de l'ordre du miracle autour de l'accès à la maternité. Pensons ici au mythe de l'Immaculée Conception selon lequel la Vierge Marie aurait été préservée du péché originel dès sa propre conception. La dissociation de la procréation et de la sexualité semble ainsi inscrite quelque part dans les mythes fondateurs de notre civilisation, et ce bien avant que la procréation assistée ne la mette en acte. C'est notamment le propos de Monette Vacquin (1999) qui soutient que les technosciences mettent en scène dans le réel des fantasmes ancestraux qui nous animent depuis la nuit des temps. Attardons-nous donc un moment aux échos du désir d'enfant et de celui de devenir mère dans notre contexte social actuel.

Tel que l'évoque la citation de Jean-Marie Delassus (2007) ci-haut, un changement s'est opéré dans le rapport à la maternité et donc au désir d'enfant. À travers ses mots, nous pouvons constater la croyance ébranlée que devenir mère est une disposition de la nature. Selon cette croyance, les femmes seraient « faites » pour avoir des enfants. Sous le dictat de la nature d'un corps conçu pour porter un bébé et lui donner naissance, la maternité serait pour la femme un destin incontesté, voire une fonction. Ces propos se démarquent du temps plus actuel qu'est le nôtre. Nous assistons depuis quelques décennies à un changement dans l'expression du désir d'enfant le plus souvent effectué sur la base d'un choix personnel. Ce n'est donc pas depuis toujours que l'on désire un enfant ou pour le dire plus justement ce n'est pas depuis toujours que l'on affirme consciemment et publiquement ce désir. Les travaux de la philosophe Marie Gaille (2011) abondent en ce sens et explorent plus en profondeur la trajectoire du désir d'enfant. L'auteure rapporte notamment que si cette notion semble aujourd'hui aller de soi, il n'en a pas toujours été ainsi. Notre époque succède à un temps où le désir n'avait apparemment que très peu de poids face aux forces biologiques et naturelles, voire même où l'on pouvait au contraire désirer ne pas avoir d'enfant.

Certes, la naissance de Louise Brown en 1978 marque un point important dans le tournant déjà amorcé par la venue de la contraception et de l'interruption volontaire de grossesse. La procréation devient affaire de choix, faisant émerger ce que Gaille (2011) appelle un discours du « désir d'enfant ». En effet, toujours proposé par Gaille (2011), l'on se plaît aujourd'hui à penser la venue au monde d'un enfant comme provenant d'un désir subjectif, ce qui est loin d'avoir été forcément le cas précédemment. Considérons l'apport psychanalytique ici. Le désir se distingue du besoin, ce dernier renvoyant à une exigence de satisfaction réelle et somatique (Bonnet, 2002, dans Mijolla, 2002). Le désir diffère également de la volonté, laquelle

fait écho au volontarisme, au « je veux » ceci ou cela consciemment. Pour la psychanalyse, le désir est profondément enraciné dans l'inconscient, il est là malgré nous, nous traverse. Puis, parce qu'inconscient, il est impossible à maîtriser, est même inaccessible dans sa totalité. Il serait donc, par définition, impossible à satisfaire. Le désir est ainsi intimement lié au manque, et en ceci implique la limite. Or, la médecine de la procréation dispose aujourd'hui de moyens visant à dépasser certaines limites : limites biologiques, limites techniques, limites du corps (dans le cas de stérilité pathologique ou même de fécondation post-ménopause, par exemple). Ces nouveaux dispositifs mettent ainsi en lumière l'ambiguïté autour de la notion de « désir » d'enfant. L'on peut penser qu'il s'agit désormais davantage d'un choix conscient, et même parfois d'un droit.

Les battements de l'histoire de la procréation sont complexes. Toutefois, et comme le souligne Gaille (2011), il fut un temps où régnait l'idée qu'il était naturel pour l'espèce de se perpétuer, naturel pour le couple de fonder une famille, naturel pour la femme de devenir mère. Notons que ces représentations sont encore d'actualité pour plusieurs humains et précisons également qu'il s'agissait d'une pensée qui ne reflétait pas nécessairement le vécu subjectif des femmes. L'on peut également émettre l'hypothèse que la question du désir se posait d'ores et déjà à travers différentes expressions marquées d'ambivalence autour de la maternité et même de refus de l'enfant. Pensons par exemple à certains grands récits de l'humanité mettant en scène l'abandon d'un enfant : Moïse, Œdipe, Sémiramis, pour ne nommer que ceux-là. À travers l'histoire, plusieurs enquêtes ont également été faites sur des abandons d'enfants massifs ayant réellement eu lieu par exemple en France au début du XXe siècle. S'impose ici la nécessité de nuancer notre pensée devant un thème si complexe. En effet, la « naturalité » de la conception ne supposait pas nécessairement que la famille allait de soi. Élisabeth Badinter (1980) soutient même que l'amour maternel

n'a jamais été donné d'avance et que l'instinct maternel n'a rien d'inné. Elle souligne l'extrême variabilité de ce sentiment à travers l'histoire et selon les époques.

Si toutefois cela semblait aller de soi pour une femme de devenir mère, l'identité féminine relevait jusqu'alors de son rôle maternel. La maternité ne procédait donc pas forcément d'un choix individuel. Il semble que la femme voyait alors son identité définie par quelque chose qui lui était imposée socialement ou du moins qui était difficilement remise en question. Par ailleurs, d'un point de vue psychanalytique, la maternité pouvait prendre la forme une promesse faite à la fillette. Promesse portant l'espoir d'accéder enfin à une forme de pouvoir en devenant femme, compensation pour ce phallus qu'elle ne possède pas. Espoir transmis par la mère : tu vois, ton corps qui est comme le mien pourra un jour porter un enfant. Ces éléments seront développés davantage dans le chapitre consacré à la psychanalyse, mais soulignons que les écrits freudiens ont éclairé un certain sens que pouvait prendre la maternité et même l'espoir de celle-ci dans la vie d'une femme et dans le passage de fille à femme (Delaisi de Parseval, 1983). Devenir mère était donc inhérent à la trajectoire identitaire féminine.

Or, la révolution sexuelle du XXe siècle a transformé cette conception. La contraception, notamment, permet désormais à la femme de choisir de procréer ou non. Conséquemment s'impose une réflexion sur le moment pour le faire, sur le « bon » moment pour avoir un enfant, devenir mère, fonder une famille (Tilmant, 2010). Aussi donne-t-elle l'impression d'exercer un contrôle sur la procréation (Delaisi de Parseval, 2008; Le Breton, 1999). Certaines jeunes femmes choisissent une vie « sans enfant », vivant sereinement les différentes libertés que leur procure ce choix. Il n'en

est pas ainsi pour les femmes désirant un enfant et pour qui en a décidé autrement le corps, le conjoint ou la vie. Ces dernières ne sont pas childfree, mais childless (Tilmant, 2010) et se voient confrontées à la difficulté ou à l'impossibilité de donner corps à leur désir d'enfant. Pour autant, l'expression en elle-même indique combien l'identité est définie en fonction de l'enfant ou pas. Par ailleurs, la maternité demeure fortement liée à l'identité féminine (Delaisi de Parseval, 1983; Gaille, 2011). Une certaine pression sociale entourant la maternité persiste. Qui plus est, la représentation idéalisée de la maternité et de la femme enceinte circule généreusement dans le social notamment via les réseaux sociaux où abonde tout un discours sur la maternité et la famille. Peu de place est faite pour la parole de celles qui ne vivent pas cette expérience, que ce soit par choix ou non (Tilmant, 2010). À la fois, la femme a le choix de devenir mère, et une pression semble encore se ressentir vis-à-vis de ce seul modèle ou presque d'être femme. Nous nous trouvons ainsi en cette époque où l'on désire ou pas avoir un enfant, où le fait de fonder une famille relève davantage d'un projet, d'un choix du couple ou de l'individu le désirant, et où l'on dispose de moyens qui oeuvrent en ce sens : contraception, interruption volontaire de grossesse, procréation médicalement assistée. Ainsi, et comme le soulève Le Breton (1999) : « Un délai entre la volonté d'enfant et la grossesse se transforme en symptôme et justifie l'acte médical. » (p.66) Il souligne également que « l'enfant du vouloir n'est pas nécessairement celui du désir. » (p.66) Vu sous cet angle, on s'attarde davantage à l'affirmation d'une volonté consciente, esquivant ainsi en quelque sorte la dimension symbolique de la parentalité et du désir d'enfant. Par ailleurs, les mots de Delassus prennent ici un sens particulier à savoir que la maternité va « en soi ». Comme si cette question trouvait ses racines dans l'intime de la femme, et faisait résonner ce qui la constitue et qui peut-être lui échappe également. Par les choix offerts et les possibles désormais à notre portée, la question de la maternité place la femme vis-à-vis d'elle-même et de tout ce qui peut être soulevé par ce désir, par son actualisation ou son échec. Si les moyens techniques élargissent l'éventail des possibilités humaines, ils ne sont pas pour autant sans limites. Dès le début de leur

conception, les nouvelles technologies de la reproduction ont soulevé de grands enjeux de l'existence et plusieurs questions éthiques. C'est d'ailleurs ce qui sera abordé plus en profondeur dans la section qui suit.

1.2.3 Regard éthique

Depuis leur apparition, les expérimentations en matière de reproduction ont suscité et soulèvent toujours bon nombre de questionnements au plan éthique. La FIVETE (fécondation in vitro avec transfert d'embryon), qui était à l'origine une sorte de performance technoscientifique, « devient rapidement une technique palliative de la stérilité (ce qui répond à tout un imaginaire), puis une manière de contourner la sexualité ou encore une technique eugénique (diagnostic préimplantatoire), correspondant à des imaginaires et des désirs différents » (Hottois, 1996). Ces techniques portent donc à conséquence sur les plans individuel, identitaire, psychique, sociologique et même politique. Notamment, elles posent la question de la manipulation du vivant. Le projet de l'utérus artificiel, la réduction embryonnaire, les diagnostics préimplantatoire et anténatal avec les options d'avortement qui s'en suivent sont au nombre des exemples illustrant les tentatives de manipulation de la vie, de la mort. Par ailleurs, les PMA mènent à revoir les configurations de la famille et imposent de revisiter la question des origines. Dans sa recherche sur ce thème, Monette Vacquin (1999) rapporte ainsi que les mythes relatifs à l'origine ou les fantasmes infantiles sont inscrits dans la réalité par les situations créées par la FIV. À titre d'exemple, le fantasme de l'Immaculée Conception s'actualise par la FIV ou même l'insémination artificielle, procédures menant à la procréation en l'absence de rapport sexuel.

La situation particulière du Québec et de certains pays européens offrant une couverture des coûts engendrés par ces démarches oblige une réflexion et un encadrement éthique.

Par exemple, le don de sperme ou d'ovocytes soulève des questions comme l'anonymat du donneur de sperme, le don d'ovocytes inter ou transgénérationnel. La question du droit à l'enfant est très vivante, spécifiquement au Québec, alors que le programme québécois de procréation assistée a été aboli en novembre 2015 et remplacé par un crédit d'impôt. Ce crédit est applicable sur un seul cycle de FIV et seules sont admissibles les personnes sans enfant d'une même union ou d'une union précédente (Gouvernement du Québec, Cadre légal : Crédit d'impôt pour le traitement de l'infertilité, 2017). Le droit d'être parent peut s'inscrire dans la lignée des droits de liberté, ou *negative rights*, ainsi que dans les droits sociaux ou *positive rights* (Boivin & Pennings, 2005). D'une part, les droits de « liberté » impliquent que nul ne peut y porter entrave. D'autre part, les droits sociaux demandent que l'on y accorde activement un appui. Dans un article sur le sujet, Boivin et Pennings (2005) soulèvent la complexité de la question, particulièrement lorsqu'il est question du bien de l'enfant à naître. Sachant que les couples recourant aux PMA sont sujets à une évaluation psychosociale, il est implicitement reconnu qu'une forme de sélection s'effectue quant aux couples pouvant débiter les démarches. Boivin et Pennings (2005) présentent ainsi combien cette posture est délicate et sujette à de nombreux débats. Les questionnements éthiques soulevés par la médecine de la reproduction sont vastes. L'objet de notre étude n'est pas de les présenter de façon exhaustive. Toutefois, ils témoignent d'un élément majeur, à savoir que le geste technique s'inscrit dans quelque chose de beaucoup plus large et d'infiniment complexe.

Enfin, la notion de limite est ici à l'avant-scène. Si elle se pose de manière positive, pour ainsi dire, tentant de réparer une limite du corps, elle s'impose également comme un choix porté individuellement. Elle relève d'un choix politique puisque l'État détermine un certain cadre au sein duquel se déploient ces démarches, mais l'ultime limite posée est souvent portée individuellement par le couple ou la femme qui prend la décision de cesser les traitements. Ainsi, l'on tente de dépasser une limite biologique par différents moyens techniques qui sont, par ailleurs, porteurs d'espoir et de la possibilité de réaliser un rêve si cher, celui d'avoir un enfant. Ces éléments névralgiques dans la prise de

décision de l'arrêt des traitements rappellent l'importance de se questionner quant à l'accompagnement offert à travers ce processus. Penchons-nous maintenant sur les enjeux psychologiques inhérents à ces thèmes en abordant les écrits issus de la littérature scientifique dans le champ disciplinaire de la psychologie.

1.3 De l'infertilité à la vie sans enfant en passant par la procréation assistée : expérience singulière et trajectoire psychique

Les procréations assistées proposent une réponse technique à l'impossibilité de concevoir un enfant naturellement. Si l'expérience de l'infertilité est reconnue comme une source de détresse, et le résultat de plusieurs études abondent en ce sens (Cousineau et Domar, 2007 ; Greil, 1997 et 2010; Johannson et Berg, 2005, Greil et coll., 2011)), le parcours en PMA peut l'être également (Greil et coll., 2011). En effet, le fardeau psychologique de ces démarches se trouve en tête de liste des motifs d'abandon des traitements (Cousineau et Domar, 2007 ; Domar, 2004). Selon ces données, la majorité des couples ne mettent un terme aux traitements non pas pour des raisons financières, ni à cause de l'échec des traitements, mais plutôt parce que le parcours est physiquement et psychologiquement éprouvant. Lors de la section précédente, nous avons tenté de présenter le contexte historique et social dans lequel s'inscrivent à la fois le désir d'enfant puis le développement des technologies de la reproduction. Dans cette seconde section du chapitre, nous nous rapprocherons davantage de l'expérience individuelle en proposant une revue de la littérature empirique en psychologie quant aux enjeux d'intérêt pour cette recherche.

Nous souhaitons ici explorer aussi largement que possible les données actuelles dont dispose le champ disciplinaire qu'est la psychologie dans le domaine de l'infertilité et des traitements qui y répondent, tout en posant un regard critique sur ces données. La recension des écrits présentée ci-dessous est le produit d'une recherche principalement effectuée sur trois grandes bases de données : PsychInfo, SAGE Journals Online et PubMed. Une première recherche a d'abord été faite avec les mots-clés « infertility OR in vitro fertilization OR reproductive technology OR childlessness » AND « psychological adjustment OR psychological consequences ». Ensuite, une seconde recherche a été effectuée avec les mots clés précédents en ajoutant le mot clé « women ». Nous avons choisi de cibler principalement les articles des quinze dernières années afin de nous en tenir à l'information empirique récente, soit celle qui teinte notre manière actuelle de concevoir l'impact psychologique de l'infertilité et de la procréation assistée. Nous avons ensuite sélectionné les articles de revues scientifiques et chapitres de livres portant sur les objectifs et questions de recherche. Rappelons que l'objectif principal de la recherche est de comprendre le vécu des femmes ayant fait plusieurs fécondations in vitro desquelles aucun enfant n'est issu. Cette visée se décline en quatre questions de recherche : (1) comment le rapport au corps et à la féminité s'articulent-ils à l'expérience des femmes en procréation assistée et ayant cessé les traitements? (2) Comment s'élabore la décision de cesser les traitements et comment les femmes portent-elles cette décision à la suite de l'arrêt des traitements ? (3) Quel sens revêt, du point de vue des femmes, la mise en récit de l'expérience de la procréation assistée et de leur échec ? (4) Quels seraient les éléments constitutifs d'un accompagnement qui serait adéquat, aidant et préventif quant aux difficultés psychologiques post-PMA et ce, tout au long des démarches ?

Une lecture attentive des articles sélectionnés a ensuite été effectuée. Afin d'offrir un portrait aussi global qu'explicite, trois grands thèmes ont été extraits et c'est à travers

ceux-ci que les résultats des recherches seront présentés. Le point de départ de la trajectoire est l'infertilité, premier thème, qui constitue un enjeu spécifique et identitaire. Avant même que les traitements et tout ce qu'ils comportent ne soient envisagés survient l'échec du projet de vie de fonder une famille. Le second thème qui se dégage est celui de l'expérience des traitements qui répondent à cette souffrance. La procréation assistée comporte donc aussi sa spécificité quant aux enjeux psychologiques soulevés et nous verrons que ceux-ci s'ajoutent et s'entrelacent à la souffrance de l'infertilité. Enfin, la question que pose cette recherche est notamment « quand et comment s'arrêter ? ». La prise de décision autour de l'arrêt des traitements sous-entend la possibilité d'une vie sans enfant. C'est donc avec ce thème que se terminera ce chapitre.

1.3.1 L'infertilité

Comme mentionné dans le chapitre précédent, le passage à la maternité constitue un tournant dans la vie de plusieurs femmes et demeure encore aujourd'hui fortement associé à l'identité féminine. Conséquemment, l'infertilité peut provoquer une crise identitaire et un bouleversement profond du cours de la vie adulte (Daniluk, 2007, Domar, 2004, Greil et coll., 2010, Greil et coll. 2011). Avant même l'expérience de la procréation assistée, la difficulté à concevoir un enfant semble se vivre comme une première épreuve. Une recherche récente effectuée par Sweeny et ses collègues (Sweeny, Andrews, Nelson, & Robbins, 2015) s'est précisément intéressée à cette période délicate où le couple tente d'avoir un enfant en ayant des relations sexuelles fréquentes et sans moyen de contraception. Les auteurs soulignent combien cette période charnière de la vie du couple est marquée d'incertitude et de moments d'attente. Les couples ayant participé à cette recherche ont majoritairement rapporté

avoir vécu de l'anxiété et traversé des « montagnes russes » au cours de la préconception. Cette recherche s'est intéressée à des gens qui sont éventuellement devenus parents sans avoir recours à la procréation assistée. Toutefois, et c'est le propos de cette thèse, pour plusieurs personnes cette période marquée d'anxiété se prolonge et ils attendent en vain la conception d'un enfant. Nombre d'entre eux se tournent vers la médecine et il faut donc souligner ici le lourd bagage d'attentes déçues et de deuils que portent déjà celles et ceux qui se tournent vers la procréation assistée. Par ailleurs, la volonté de concevoir un enfant peut devenir un point central de la vie, un projet dans lequel tout est investi, évacuant souvent les autres sphères de la vie. Quand la procréation ne survient pas aisément, plusieurs couples peuvent devenir désorientés et en colère (Cousineau et Domar, 2007). Certains couples feront du projet d'enfant l'objectif principal de leur vie au détriment d'autres objectifs (Thompson, Woodward, & Stanton, 2011). L'infertilité serait ainsi vécue comme un obstacle majeur à la réalisation d'un but important, affectant ainsi la réalisation personnelle des individus. En l'absence d'objectifs de vie diversifiés, l'infertilité entraînerait davantage de symptômes dépressifs et de pensées envahissantes liés à l'impossibilité de concevoir un enfant (Thompson et coll., 2011).

Si l'impossibilité de concevoir un enfant bouleverse un projet développemental important à l'âge adulte, il semblerait que certaines différences liées au genre émergent. Une revue de littérature effectuée en 2015 sur le sujet (Ying Ying, 2015) rapporte que l'infertilité serait généralement plus difficilement vécue chez les femmes. Ces dernières présenteraient davantage de difficultés sur le plan physique, une plus grande diminution de l'estime de soi, de l'identité, puis une augmentation des manifestations d'anxiété, de dépression, de stress et de honte (Ying Ying, 2015). Ces résultats appellent à la discussion. Une recherche menée par Daniluk (2007) auprès de couples infertiles n'aboutit pas aux mêmes affirmations. Elle rapporte n'avoir pas

remarqué de différences significatives liées au genre quant au niveau de détresse lié à l'infertilité. Ceci étant dit, en s'appuyant sur le contexte historique et culturel au sein duquel nous évoluons, il est possible de suggérer que l'identité de la femme est encore aujourd'hui fortement liée à la maternité. Comme nous l'avons vu précédemment, devenir mère est un désir qui s'inscrit autant dans le contexte social que dans l'histoire personnelle des femmes. Lorsque la maternité ne peut advenir, plusieurs sphères sont profondément ébranlées. Les résultats de la recherche de Ying Ying peuvent sembler particulièrement pessimistes, mais témoignent peut-être de l'ampleur de la souffrance potentiellement éprouvée par les femmes infertiles.

Par ailleurs, cette souffrance peut se porter tout au long de la vie, qu'il y ait ou non éventuellement une grossesse (A. L. Greil et coll., 2011, Gameiro et coll. 2016) : chez les femmes qui parviennent à concevoir après un parcours en PMA et donc après avoir vécu l'expérience de l'infertilité, cela peut s'exprimer à travers la difficulté de réconcilier ces deux expériences pratiquement contraires dans un récit narratif (HaCohen, Amir, & Wiseman, 2016). Après avoir rencontré des femmes ayant vécu une grossesse après un parcours en PMA dans le cadre d'une recherche qualitative et inspirée de la narrativité, HaCohen (2016) rapporte que pour certaines, l'infertilité venait jeter un voile sur la grossesse qui était vécue sur le mode de l'anxiété et de la peur constante de perdre le bébé. À l'inverse, la grossesse menait parfois à une dissociation d'avec la période d'infertilité laquelle ne trouvait plus de place dans le récit de la grossesse. Enfin, certaines femmes parvenaient à réconcilier ces deux aspects de l'expérience dans un récit qui parlait de la souffrance vécue durant la période infertile puis du bonheur procuré par la grossesse, autant que des inquiétudes pouvant survenir à la fois comme traces du parcours en PMA et de l'expérience même de la grossesse (HaCohen et coll., 2016). Bien qu'elle diverge légèrement du propos principal de notre thèse, cette recherche soulève un élément fort intéressant, à

savoir que l'infertilité comme expérience laisse des traces dans le parcours identitaire de la femme. La difficulté voire l'impossibilité de concevoir vient faire irruption dans le cours de la vie et cette blessure ou son souvenir persiste, et ce même si un enfant est éventuellement conçu. Les traces de cette souffrance semblent se donner à voir dans le récit que font les femmes de leur chemin vers la maternité en évacuant par exemple la période infertile lorsqu'elles se racontent par la suite. Chez les femmes qui demeurent sans enfant, l'infertilité peut être porteuse de souffrance tout au long de la vie, à différents niveaux. La ménopause, par exemple, marque un moment sensible. Les règles ne portent plus l'espoir d'enfanter un jour (Ferland & Caron, 2013). Ces auteures soulignent à cet égard les impacts à long terme de l'infertilité chez les femmes ménopausées et sans enfant. On peut retrouver chez elles une augmentation de la dépression et de l'anxiété, de même qu'une diminution de l'estime de soi et de la qualité de vie, en comparaison avec les femmes du même âge devenues parents.

Ainsi, la souffrance entraînée par l'infertilité semble faire consensus et le résultat des recherches présentées ci-dessus en fait état. La parentalité est un enjeu développemental important pour plusieurs adultes et l'impossibilité de concrétiser ce projet peut provoquer une crise sur le plan identitaire. Nous avons vu également que l'infertilité fait irruption dans le cours normal des choses, si l'on peut dire, et que les secousses de ce choc peuvent se faire sentir tout au long de la vie, particulièrement chez les femmes où le corps rejoue chaque mois le deuil par les menstruations puis finalement par la ménopause qui met un terme à l'espoir possiblement entretenu jusque-là de parvenir à concevoir. La souffrance de l'infertilité semble souvent atténuée par la venue d'un enfant, mais ses échos peuvent également se faire sentir même si une grossesse survient finalement. Comme si le passage de l'infertilité à la fertilité pouvait représenter pour certaines femmes un défi d'intégration sur le plan

identitaire. À ce sujet, rappelons certains enjeux autour d'une catégorisation binaire entre « fertile » et « infertile ». Notamment, le fait qu'il est possible pour une femme de passer d'un à l'autre et que cela puisse présenter un défi d'intégration sur le plan identitaire. Dans le cas qui intéresse cette recherche, le thème central est celui de vouloir un enfant qui ne vient pas. Si la médecine dispose aujourd'hui de moyens permettant dans plusieurs cas de surmonter l'infertilité, ces démarches ne s'offrent pas toujours comme un baume sur la souffrance, bien au contraire. La prochaine section de ce chapitre se penchera ainsi plus spécifiquement sur les enjeux psychologiques liés à l'expérience de la procréation médicalement assistée.

1.3.2 L'expérience de la procréation assistée

Dans un article publié en 2011 sur le sujet, Greil (Greil et coll., 2011) souligne la difficulté d'isoler, dans la recherche, la détresse liée à l'infertilité et celle liée à son traitement. En effet, les recherches portant sur les dimensions psychosociales de l'infertilité sont majoritairement effectuées auprès de populations cliniques. La population infertile qui choisit de ne pas avoir recours à la procréation se trouve ainsi sous-représentée. Conséquemment, la distinction entre la part de détresse provenant de l'infertilité de celle inhérente à son traitement pose un certain défi pour les chercheurs dans le domaine. Sensible à cette question, Greil a effectué une recherche longitudinale (Greil et coll., 2011) qui a ceci d'original et de particulièrement intéressant qu'elle interroge précisément ces différents parcours : celui d'être infertile en n'ayant pas recours à la PMA, puis celui d'y avoir recours. Les résultats suggèrent que le traitement de l'infertilité est associé avec des niveaux de détresse plus élevés que ceux retrouvés chez les femmes infertiles et n'ayant pas reçu de traitement. Ceci corrobore le résultat de plusieurs recherches établissant que la PMA est une expérience comportant un haut niveau de stress et de souffrance (Cousineau & Domar, 2007; Daniluk, 2007; A. L. Greil et coll., 2010).

L'on reconnaît par ailleurs que la répétition des traitements infructueux est une expérience dévastatrice, particulièrement lorsqu'elle n'aboutit pas à la venue d'un enfant (Daniluk, 2007; Greil et coll., 2011). Une étude quantitative de Miller (2007) effectuée auprès de femmes en PMA abonde en ce sens : elle rapporte une augmentation des pensées envahissantes liées aux traitements de PMA proportionnelle à la répétition des traitements. Moura-Ramos et ses collègues (Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro, Soares, & Almeida-Santos, 2016) poursuivent sur cette voie en rapportant que l'importance accordée à la parentalité peut influencer l'ajustement émotionnel à la répétition des traitements infructueux. Sans surprise, leur recherche démontre que plus l'historique de traitement est long, plus l'ajustement émotionnel est difficile. L'importance accordée au projet parental module cette difficulté : l'on retrouve des niveaux de détresse plus importants (davantage de symptômes dépressifs, perte d'estime de soi notamment) chez ceux pour qui la parentalité est investie de manière marquée. Phillips et ses collègues (2014) ont effectué une recherche qualitative utilisant l'analyse phénoménologique interprétative sur les stratégies de régulation des couples en processus de procréation. Cette étude a mis en lumière que la poursuite de différents buts pouvait aider à composer avec le processus. Les auteurs soulignaient notamment que lorsque l'objectif de la parentalité biologique était central, l'expérience tendait à être plus difficile que lorsque celle-ci était modulée par d'autres buts, dont celui de préserver le bien-être émotionnel, d'éviter les difficultés financières et de maintenir la relation de couple. Autrement dit, la souffrance est d'autant plus grande que la parentalité est un but important et qu'il est impossible de l'atteindre. À ce sujet, Galhardo (Galhardo et coll., 2016) rapporte que l'importance accordée à la parentalité n'est pas un élément aussi déterminant des symptômes dépressifs que le sentiment d'échec inhérent aux traitements infructueux. Ces résultats portent à réflexion. Désirer un enfant qui ne vient pas et tenter par différents moyens de le concevoir sans que cela ne fonctionne est une épreuve. Et

selon l'étude de Galhardo (2016), l'on peut penser que cette expérience éveille ou renvoie à une souffrance humaine, celle de ne pouvoir obtenir ce que l'on désire. Ceci peut nous mettre sur la piste de thèmes qui seront développés plus loin dans ce chapitre, dont ceux de la castration et de la finitude. Par ailleurs, le fait que les traitements n'aboutissant pas à la conception d'un enfant soient vécus comme un échec suggère que l'univers de la PMA vient potentiellement installer un climat au sein duquel la conception d'un enfant s'effectue sur le mode succès/échec (il y a une grossesse ou il n'y en a pas). Le point focal des traitements semble être le résultat (être ou ne pas être enceinte) alors que c'est tout un processus qui se déploie et duquel on parle finalement assez peu. Quoi qu'il en soit, il semble que la durée du processus et l'accumulation de deuils à travers la répétition des traitements qui échouent soient proportionnelles à la détresse et à la souffrance des patients. Et ce vécu s'accompagne pour certains d'un sentiment d'isolement. Des services psychologiques sont pourtant offerts dans les centres de procréation assistée. Une rencontre avec un psychologue s'inscrit au début des démarches et le centre se doit d'informer les patients qu'un service psychologique est disponible en cas de besoin (Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée, 2009). Toutefois, il semble que ces services soient peu utilisés, même lorsqu'offerts gratuitement (Domar, 2004), et ceci malgré les résultats de plusieurs études sur les difficultés psychologiques rencontrées. Certaines données soulèvent même que les patients les plus en détresse auront moins tendance à consulter (Boivin, L.C; Walker, S.M., 1999). L'aspect psychologique et la dimension relationnelle demeurent ainsi un peu à l'écart des démarches en PMA. L'infertilité est traitée comme une problématique médicale, laissant la dimension psychologique à l'arrière-plan (Cousineau et Domar, 2007). Pourtant, « les femmes et les hommes ne parlent jamais de leurs difficultés de conception strictement en termes mécaniques » (Chateauf, 2011, p.63).

Dans un centre de procréation assistée, la femme est identifiée comme patiente, nonobstant le membre du couple portant l'infertilité. Porteuse de l'organe matrice, elle subit donc les différentes interventions nécessaires au traitement: prise d'hormones, prélèvement d'ovules, implantation de l'embryon. Placées dans cette position, les femmes deviennent en quelque sorte porteuses du fardeau de l'infertilité (Cousineau, Domar, 2007). Ulrich et Weatherall (2000) suggèrent que l'infertilité puisse être expérimentée par les femmes comme une rupture dans le cours normal de la vie, puisque le devenir parent est conçu comme une étape importante de la relation conjugale. Il est intéressant de noter que cette sphère très intime de la vie d'une femme se trouve dévoilée et soumise à plusieurs regards. Pour les femmes occupant un emploi à temps complet, par exemple, certains aménagements doivent être pris afin de conjuguer le travail et les exigences des traitements (rendez-vous médicaux, absences, etc.). Pouvant difficilement passer sous silence l'ensemble de sa démarche, la femme se trouve à la frontière de la vie publique et intime (Hertzog, 2011). Ce sont donc plusieurs sphères de la vie qui se trouvent transformées par ce parcours. La documentation scientifique et clinique nous renseigne quant à une augmentation des symptômes d'anxiété et de dépression chez la femme en FIV (Cousineau et Domar, 2007 ; Verhaak et coll., 2005 ; Williams, 1997). L'on observe également davantage de symptômes d'hypocondrie chez les patientes en FIV (Salvatore et coll., 2001). Dans une étude de 2002, Greil (2002, dans Greil 2010) présente trois paradoxes résumant l'expérience de traitement des femmes infertiles.

(i) leur impression de perte de contrôle [liée à l'incapacité à concevoir un enfant] les mène à des traitements au cours desquels elles ont encore moins de contrôle; (ii) le sentiment de perte d'intégrité corporelle les conduit à des traitements physiquement invasifs ; (iii) le sentiment de perte d'identité les conduit vers un type de traitement où la personne n'est pas traitée de manière holistique (Greil, 2010, p.151).

Le processus de procréation médicalement assistée concentre son attention sur la dimension biologique du corps et de l'organe reproducteur. Les manipulations et traitements peuvent être intrusifs et porteurs de conséquences: échographies et examens gynécologiques à répétition, prise d'hormones quotidiennes par voie orale ou sous-cutanée, entraînant un lot d'effets secondaires (nausées, douleurs abdominales, prise de poids, grossesse extra-utérine, etc.), ponction ovarienne, implantation intra-utérine de l'embryon, puis les risques de développement de cancer, de ménopause précoce ou de complications circulatoires (Le Breton, 1999). Enfin, l'on retrouve des impacts négatifs sur la vie sexuelle des femmes liés à une image plus négative que celles-ci ont de leur corps (Karamidehkordi, 2014; Bokaie, 2015), aux effets secondaires des hormones, mais également à la perte de sens que peut prendre le plaisir sexuel lorsque la procréation est mise à mal (Bokaie, 2015). Par exemple, Johnson (Johnson & Fledderjohann, 2012) s'est penchée sur l'impact pour la femme de vivre physiquement des traitements de PMA quant à l'identification au diagnostic d'infertilité. Les résultats de sa recherche suggèrent qu'à moins qu'il ne soit clairement établi qu'elle n'est pas la cause de l'infertilité (c.-à-d. facteur masculin uniquement), la femme aura tendance à se vivre et s'identifier comme infertile et à se sentir responsable du non-enfantement (Johnson & Fledderjohann, 2012). Ainsi, même si l'infertilité est inexplicée ou que le facteur est partagé entre les deux conjoints, le fait de recevoir des traitements médicaux intrusifs et répétés semble induire chez la femme l'idée que c'est son corps qui échoue, et que c'est elle qui ne parvient pas à concevoir un enfant. Elle devient en quelque sorte porteuse du fardeau de l'infertilité du couple. La femme vit en effet ces traitements à même son corps. Le Breton (1999, p.95) dénonce que « les nombreuses techniques de PMA instrumentalisent la grossesse et font souvent de la mère la simple porteuse d'une création toute médicale. » Le paradigme est, d'une certaine manière, celui d'un corps dissocié de l'être qui l'habite. Dejours (1993) relève que la sexualité est au centre des théories psychanalytiques et qu'elle ne peut être pensée sans référence au corps. Il propose donc une réflexion sur ce sujet et se montre critique sur la question. « On ne

peut pas manipuler n'importe comment les corps, sur la seule référence à la normalité biologique, parce que le corps est aussi l'origine de l'identité, de l'amour et de la pensée. » (Dejours, 1993, p.40) Dans cette citation, l'auteur fait référence à la dimension symbolique, voire sémantique du corps. Autrement dit, la médecine s'adresse non seulement à un corps biologique, mais également à un corps doté de sens. C'est spécifiquement cette dimension symbolique qui fait de nous des êtres sexués, en relation, ancrés dans une identité incarnée dans un corps à partir duquel nous sommes au monde et c'est là toute la distinction avec corps cadavre de l'anatomie. Lorsque le corps se trouve réduit à sa dimension biologique (comme cela peut être le cas dans l'expérience de la PMA et même de la médecine en général), quelque chose du sens peut se perdre. L'accompagnement presque exclusivement médical en PMA souscrit à ce paradigme médical et peut rendre difficile la mise en sens de ce qui est « fait ». La parole, la mise en récit et l'élaboration de l'expérience peut être une manière de réintroduire la dimension symbolique de l'expérience. En effet, l'impact des traitements vécus à même le corps peut venir soulever certains enjeux chez les femmes. Par exemple, qu'en est-il lorsque le corps ne répond pas à ces traitements ? Nonobstant ces réflexions, peu de recherches se sont intéressées au rapport au corps chez la femme subissant ces traitements de manière répétée, et encore moins dans une perspective existentielle.

Le peu de place accordée au thème du rapport au corps dans les recherches en psychologie sur la procréation assistée découle peut-être de la difficulté potentielle d'interroger ce thème sans basculer du côté d'une recherche de liens causals entre le corps et la psyché. En effet, une partie des recherches scientifiques a été critiquée pour avoir mis de l'avant l'hypothèse psychogénétique de l'infertilité. Cette hypothèse est maintenant majoritairement rejetée par plusieurs chercheurs (Greil, 1997). La question du stress, qui demeure délicate à aborder dans le contexte de la

PMA, peut servir d'exemple ici. En effet, poser le stress comme « cause » de l'échec des traitements peut mener à des phénomènes comme le blâme de la victime, remettant à la femme la cause de sa souffrance. Dans une revue de littérature, Greil (1997) explique toutefois qu'il n'est pas inintéressant de s'attarder à cette question, reconnaissant une relation potentielle entre le stress et la santé. Il présente à ce sujet une étude menée par Domar et ses associés (1992) auprès de 52 femmes infertiles, lesquelles ont suivi un programme d'intervention comportementale incluant des techniques de relaxation et de gestion du stress. À la suite de cela, une diminution significative du niveau de stress a été démontrée, puis 32% des femmes sont devenues enceintes. Ces résultats ne permettent pas d'établir un lien direct entre ces programmes et le taux de grossesses atteint. D'une part, l'absence de groupe contrôle dans cette étude ne permet aucune comparaison. D'autre part, ces femmes étaient toutes très activement suivies en clinique d'assistance à la procréation, ce qui rend difficile d'établir une relation claire. Néanmoins, il est intéressant de se questionner quant au stress, non pas en tant que cause ou facteur influant sur la capacité à tomber enceinte, mais en tant que vécu teintant l'expérience de la femme (Greil, 1997). Il ne s'agit donc pas de déterminer quels effets sur le corps peut bien avoir le stress et dans quelle mesure, mais plutôt de s'y attarder comme un élément faisant partie de processus de la procréation assistée.

L'infertilité survient dans le cours d'une vie de manière inattendue et très souvent désorganisée. Elle peut faire vivre beaucoup d'impuissance, ce qui mène à un sentiment de perte de contrôle sur sa propre vie. Lorsque les traitements qui tentent d'y répondre échouent, le sentiment de perte de contrôle est encore plus grand. Paradoxalement, le paradigme au sein duquel se déploie la PMA semble soumettre les femmes à des traitements où leur corps ainsi que la possible vie de leur futur enfant se retrouvent entre les mains de la médecine. Benyamini (Benyamini, Nouman, &

Alkalay, 2015) rapporte que les femmes qui ont une plus grande impression de contrôle sur leur traitement (p. ex. à qui l'on donne de l'information, ou par l'exposition des différentes options, etc.) présentent une meilleure adaptation psychologique à la situation de perte de contrôle qu'est l'infertilité. Il semble que les femmes infertiles, qui vivent déjà la souffrance de ne pouvoir concevoir naturellement un enfant, s'engagent dans un processus qui se présente comme une solution possible tout en pouvant également devenir lui-même source de détresse. Nous avons vu précédemment que la naissance d'un bébé n'était pas garante d'un apaisement complet des souffrances et cela est appuyé par Greil (Greil et coll., 2011) qui expose que l'effet de la naissance d'un bébé sur la détresse vécue par les femmes varie selon l'historique des traitements. L'auteur souligne cependant que les plus hauts niveaux de détresse se trouvent chez celles qui ont reçu plusieurs traitements sans pour autant avoir donné naissance. En effet, environ le tiers des femmes en PMA cesseront les traitements sans avoir eu d'enfant (Verhaak et coll., 2006). Attardons-nous maintenant à ce moment charnière, lorsqu'il s'ouvre vers une vie sans enfant.

1.3.3 L'arrêt des traitements : vers une vie sans enfant

La décision d'arrêter les traitements de procréation assistée est souvent conflictuelle et porteuse d'un immense deuil : celui de l'enfant biologiquement conçu. Les trajectoires autour de cette prise de décision sont plurielles et soumises à plusieurs facteurs d'influences : durée du parcours en PMA, nombre de tentatives infructueuses, vécus de fausses couches et options futures (embryons supplémentaires congelés, possibilité d'adoption). Ces différents facteurs vont influencer l'intensité du conflit et la présence possible de regrets en réponse à la décision d'arrêter (Chan, 2016). La difficulté d'établir des corrélations claires entre ces facteurs souligne la complexité de cette expérience, vécue de manière singulière pour chaque femme. Chez certaines, le soutien social a joué un rôle déterminant dans la poursuite ou l'arrêt des traitements.

Une étude effectuée auprès de couples (hommes et femmes) ayant pris la décision de cesser les traitements démontre que pour les femmes, un faible soutien du réseau social relativement à l'infertilité avait incité à cesser le processus de procréation assistée (Vassard et coll., 2012). Cette lacune quant au filet social est à souligner puisqu'elle s'exprime également à travers le sentiment de solitude et d'isolement que rapportent plusieurs femmes à l'issue d'un parcours en PMA qui n'a pas donné le résultat escompté (Daniluk, 2007; Ferland & Caron, 2013; Verhaak et coll., 2006). Dans une revue systématique de la littérature, Gameiro et ses collègues (2016) se sont intéressés aux motifs et aux prédicateurs de discontinuité des traitements. L'un des objectifs de leur recherche était de pouvoir identifier avec davantage de précision les stades du traitement où les patients avaient majoritairement tendance à cesser, ainsi que les caractéristiques des patients et les motifs d'arrêt rapportés par ces derniers. Leur recherche a démontré que le fardeau psychologique figurait parmi les principaux motifs de discontinuité et de fin des traitements. Ces auteurs ont souligné la difficulté de définir clairement les différents motifs d'abandon et la complexité de prédire avec justesse les discontinuités dans le traitement. Leur recherche a néanmoins permis de recommander aux cliniques de fertilité la mise en place de moyens qui permettraient de diminuer le fardeau des traitements, notamment par un meilleur appui pour les patients et la transmission d'information claire quant au processus à suivre.

Par ailleurs et selon les écrits scientifiques et cliniques, si la plupart des femmes semblent bien s'ajuster aux traitements, un nombre considérable de femmes développent des problèmes importants sur le plan émotionnel à la suite de l'échec de la fécondation in vitro (Verhaak et coll., 2007, Gameiro, 2014). Ces problématiques peuvent se maintenir jusqu'à six mois après l'arrêt des traitements (Verhaak et coll., 2005), et certaines études rapportent qu'elles persistent même jusqu'à vingt ans après l'arrêt des traitements (Wirtberg, Moller, Hogstrom, Tronstad, & Lalos, 2007). Une

étude menée auprès de femmes vivant sans enfant deux ans après la fin de traitements de FIV infructueux présente la souffrance comme étant au cœur de leur expérience (Johansson et Berg, 2005). Ces données semblent corroborer le fait que les difficultés sont accrues lorsque les traitements prennent fin sans la venue de l'enfant désiré (Gameiro, 2017, Greil et coll., 2011). Pour certaines femmes, le parcours en PMA sera traversé avec une certaine résilience alors que pour d'autres, un niveau accru d'anxiété et de symptômes dépressifs sera présent (Gameiro, 2016). Gameiro (2016) rapporte également que certaines femmes vivront ces difficultés avec un délai. Les symptômes d'anxiété et de dépression liés à l'expérience de la PMA peuvent survenir parfois même plusieurs années après l'arrêt des traitements, particulièrement lorsque ceux-ci ont été infructueux.

Daniluk (2007) reconnaît également l'épreuve que présente la transition vers une vie sans enfant à travers la décision de cesser les traitements de l'infertilité. L'absence d'options possibles pour devenir parent et un faible soutien social semblent accentuer la détresse (Daniluk, 2007). Daniluk souligne également que le fait de se percevoir en mauvaise santé physique et émotionnelle est un facteur de risque. À travers sa recherche effectuée auprès de couples infertiles ayant cessé les traitements sans avoir eu d'enfants, elle rapporte néanmoins que certains couples ont su tirer profit de leur expérience reconnaissant que cela a permis une quête de sens au sein de leur vie de couple et une réorientation vers de nouveaux buts. Une revue de littérature systématique et une méta-analyse des recherches récentes (Gameiro, 2017) résument les connaissances empiriques actuelles : en comparaison avec les couples devenus parents, on retrouve des niveaux de détresse significativement plus élevés et des niveaux de bien-être significativement plus bas chez les couples pour qui les traitements en PMA n'ont pas porté fruit. Parmi ceux-ci, ceux qui se sont tournés vers la recherche de sens et la poursuite de nouveaux buts présentent une meilleure

adaptation au plan psychologique et émotionnel. Toutefois, la grande majorité des recherches reconnaît que la souffrance et le deuil inhérents à une vie sans enfant après la répétition de traitements infructueux se portent longtemps. Cela nous amène à réfléchir à l'importance d'un accompagnement pendant, mais aussi après les démarches de procréation assistée.

L'infertilité a ceci de particulier qu'elle ne se caractérise pas par la présence de symptômes pathologiques, mais par l'absence d'un état désiré (Greil, 2010), demandant ainsi de faire le deuil de ce qui n'est pas advenu, deuil d'un enfant jamais vu, jamais tenu dans ses bras (Flis-Trèves, 2004). Il s'agit peut-être également de faire le deuil d'un désir, ce qui contribue à nourrir la souffrance inhérente à ce processus. Ce deuil peut être d'autant plus difficile qu'il est nourri de l'espoir toujours relancé par les nouveaux essais (Le Breton, 1999). La littérature empirique en psychologie fait état de la souffrance liée à l'infertilité et à son traitement, de même qu'à la vie sans enfant lorsque celle-ci ne relève pas d'un choix. Ces recherches permettent de dresser un portrait descriptif de la situation et tentent de généraliser les connaissances acquises. Les thèmes exposés et étudiés sont d'un grand intérêt en ce sens où ils témoignent des réflexions actuelles sur le sujet qui nous intéresse. Soulignons néanmoins deux éléments face auxquels notre sens critique est interpellé. D'abord, le cadre méthodologique majoritairement (mais pas uniquement) quantitatif comporte le danger de perdre de vue l'expérience individuelle des femmes et de répéter, d'une certaine manière, le traitement objectivant que propose la PMA. Ensuite, les tentatives de généralisation peuvent mener à réduire l'expérience individuelle, mettant de côté la complexité du vécu. À ce point de notre travail, nous espérons avoir mis en lumière la multiplicité des enjeux soulevés par l'impossibilité de concevoir et le recours aux technologies de la reproduction. Ces enjeux sont aussi sociaux, éthiques, historiques, politiques et conjugaux que psychiques et intimes. Par

ailleurs, le mystère de la procréation demeure : l'infertilité est parfois inexplicée, inexplicable. Comment donc penser cette expérience avec tout ce qu'elle comporte et tout ce qui nous échappe ? C'est ici que la psychanalyse, avec sa théorie de l'inconscient, peut être d'un riche soutien. Le prochain chapitre s'attardera donc à certains écrits psychanalytiques sur les thèmes de la maternité, du désir, de l'infertilité et du deuil, afin de plonger dans une réflexion qui reconnaît et explore la complexité du monde psychique qui sous-tend le souhait d'être parent.

1.4 L'apport psychanalytique

1.4.1 Introduction

Les questions soulevées par la procréation médicalement assistée ont été abordées sous différents angles dans les écrits psychanalytiques. Notamment, des auteures telles Monette Vacquin (1999), Monique Bydlowski (1997, 2008) et Geneviève Delaisi de Parseval (1983) se sont respectivement intéressées à la dimension éthique, au désir d'enfant et à la perspective de l'enfant issu des PMA quant au lien de filiation (Roegiers, 1994). La psychanalyse propose sur le sujet un ensemble d'écrits théoriques et cliniques se déployant à partir des postulats de base constituant sa théorie du fonctionnement psychique. Au cœur de cette théorie se trouve la reconnaissance de l'inconscient, un inconscient dynamique, siège de fantasmes, de désirs, de souvenirs refoulés, de représentants des pulsions, notamment. À une époque où l'expression du désir d'enfant relève d'une démarche réfléchie, planifiée et consciente, on peut s'interroger sur la place de la pensée psychanalytique alors que celle-ci a l'inconscient pour pierre angulaire. Or il semble justement que la psychanalyse soit d'autant plus interpellée à penser les éléments sous-jacents à ce qui se donne à voir à un niveau manifeste. Si les technologies de la reproduction

s'engagent dans la voie de la maîtrise de la procréation, elles font inévitablement et quotidiennement la démonstration de leur défaillance à cet égard, chaque fois qu'un enfant n'est pas conçu et que personne ne peut expliquer pourquoi. C'est alors le mystère de notre origine qui surgit de manière plus saillante mettant en lumière notre incapacité à maîtriser l'existence humaine ainsi que notre inépuisable traversée de l'intérieur par des forces pulsionnelles dont nous ne sommes pas maîtres.

Dans son ouvrage *Le désir froid*, Michel Tort (1992) explique que le processus biologique de l'engendrement est subordonné à l'opération symbolique par laquelle deux sujets donnent vie à un autre. Il soutient que « les forces qui sous-tendent le désir, la conception, la grossesse, la naissance, la procréation sont autres [que le processus biologique]. Elles sont dominées par le langage et la représentation, par le rapport à l'objet (perdu), par les rapports de sexes identifiés comme masculin et féminin » (p.33). Le psychanalyste interrogera donc ces dimensions. Par exemple, quelle peur inconsciente inhibe la réalisation de l'enfantement, quelles blessures narcissiques sont ravivées ou produites par l'incapacité à concevoir, quelle transmission inconsciente se joue, que survient-il au plan transgénérationnel? Au fond, les questions soulevées pourraient se résumer en celle-ci : qu'est-ce qui dépasse le sujet et qui vient se jouer dans cette difficulté à concevoir un enfant ? C'est également autour de ces questions que s'articule le livre *Les bébés de l'Inconscient* de la psychanalyste et psychiatre Sylvie Faure-Pragier (1997). Ce propos est d'ailleurs exprimé en préface du même livre par Chasseguet-Smirgel (dans Faure-Pragier, 1997) :

L'on peut constater alors clairement qu'un enfant se « conçoit » autant par l'esprit que par le corps, autant par l'appareil psychique que par la biologie. Si bien que l'on a à faire face à un apparent paradoxe : la psychanalyse est d'autant plus sollicitée que les connaissances en matière de procréation

avancent, et que la technique médicale s'avère capable des interventions les plus audacieuses. « Quelque chose » échappe au machinique, au rationnel, au quantifiable (p.8).

Par ailleurs, soulignons que la psychanalyse propose également une lecture selon laquelle les nouvelles technologies de la reproduction présentent certains enjeux au niveau collectif. Tel que l'énonce Monette Vacquin (1999) : « Là où le biologiste voyait la science avancer, le psychanalyste pouvait voir le fantasme s'accomplir » (p.36). Dans son ouvrage *Main basse sur les vivants*, l'auteure (1999) suggère que les nouvelles avancées biologiques que présentait la médecine de la reproduction allaient beaucoup plus loin qu'une avenue pour contourner la stérilité. Elles permettaient en fait de déssexualiser l'origine, ce qui revenait à la mise en acte d'un fantasme collectif important. Vacquin (1999) développe notamment sa réflexion à partir de la place importante accordée aux nouvelles technologies de la reproduction dans les médias ainsi qu'à leur grande popularité. Depuis leur apparition, ces avancées médicales ont fait la manchette (et c'est d'ailleurs toujours le cas). L'intérêt qu'elles suscitent auprès du public et des journalistes semble toutefois, et c'est là le propos de Vacquin, un peu décalé au regard de l'efficacité au départ très discutable de ces nouvelles technologies. L'auteure propose que la fascination du public en dépit des pauvres résultats réels de la FIV vienne témoigner de la présence d'enjeux inconscients et de la force de ceux-ci sur le plan collectif. Ce qu'il est intéressant de souligner ici est que le développement des technologies de la reproduction est légitimé par le désir d'enfant, mais suscite une fascination telle qu'il semble dépasser la tentative de répondre à ce désir, particulièrement lorsque l'on s'attarde à la signification et à la portée symbolique de ces technologies (Vacquin, 1999). La technique viendrait donc actualiser des fantasmes enracinés au plus profond de chaque être, d'où peut-être la fascination dont elle est l'objet socialement et collectivement.

Au cours du présent segment de travail, nous puiserons donc dans certains écrits psychanalytiques afin de nourrir notre réflexion d'une source qui nous amène à porter autrement la question du désir d'enfant, de sa non-réalisation et des parcours en procréation assistée. Plus spécifiquement, la pensée psychanalytique nous guide hors des sentiers proposés par le manifeste et par ce qui nous apparaît de prime abord comme une évidence. Cette pensée permet en effet de s'intéresser à ce qui se passe à notre insu. Elle fait surgir des réflexions tantôt troublantes, et même choquantes, mais dont l'éclairage permet de rendre compte de l'expérience humaine dans ce qu'elle a de complexe, de contradictoire, de conflictuel et de pulsionnel. Dans le cadre de la recension des écrits de cette thèse, nous puiserons donc dans ces travaux afin d'ouvrir notre pensée notamment aux enjeux du désir, soit son ambivalence, la souffrance inhérente à celui-ci, et les différents niveaux sous lesquels il peut se présenter. Ceci nous guidera ensuite vers de thème de la maternité et de son rapport au féminin, puis nous nous tournerons vers la thématique plus spécifique de l'infertilité et de la réponse de la médecine. Enfin certaines notions quant au travail de deuil et de la perte seront présentées.

1.4.2 Quelques mots quant au désir et au corps

Aux racines de la pensée psychanalytique, Freud nous renvoie vers l'enfance, ou plutôt ramène l'enfance à nous. Le désir d'enfant n'échappe pas à l'écho constant de cette période de la vie. Ce faisant, il est singulier et pluriel : il est le désir d'un sujet et renvoie à l'histoire de ce sujet qui le précède et le dépasse. Se retrouve à la fois le désir de concevoir un enfant, et le désir de l'enfant en chacun de nous qui cherche à se dire et à s'accomplir. Avant de s'aventurer plus loin sur cette voie, peut-être convient-il d'établir quelques éléments de base au sujet même du désir. Rappelons

d'abord un élément fondamental présenté dans une section précédente. D'un point de vue psychanalytique, le désir est enraciné dans l'inconscient et se trouve ainsi profondément lié à cette part de l'humain qui lui échappe. Conséquemment, le désir est intriqué au manque et implique la limite puisqu'il est insaisissable dans sa totalité. Nous nous trouvons donc face à un grand paradoxe puisque parler du désir, qui humanise l'humain (Dolto, 1981), c'est souligner d'emblée l'incomplétude de la condition humaine et l'impossibilité de se détenir soi-même.

Freud (1900) a démontré par les mécanismes du rêve combien le désir qui cherche à s'accomplir traverse, à la manière du symptôme, des processus de déplacement, de condensation et de retournement. Ce n'est ainsi que de manière « déguisée », ou transformée que le désir peut se réaliser et donc il ne s'accomplit jamais vraiment tel quel. De manière plus conceptuelle, disons que pour Freud : « Le désir est une motion psychique d'origine interne visant à obtenir une satisfaction interdite ou bien à retrouver une jouissance première dont la trace est inconsciemment fixée » (Bonnet, dans De Mijolla, 2002, p.433). Le désir chez Freud est lié aux traces mnésiques laissées par l'expérience de satisfaction d'un besoin et la tentative d'une reproduction hallucinatoire de cette expérience (Laplanche & Pontalis, 1967). Sans vouloir prolonger inutilement ce qui pourrait être compris comme un détour dans le cadre de notre recherche, mettons en lumière deux éléments de la pensée freudienne qui semblent fort pertinents pour notre propos. D'abord, ce que le sujet désire est d'une part interdit (pensons aux désirs incestueux de l'OEdipe empêchés par la prohibition de l'inceste), ou d'autre part inaccessible (parce que la période de la vie liée aux expériences de satisfaction immédiates est passée – l'humain n'est plus un nourrisson). Ensuite, par des processus inconscients (donc qui échappent à la conscience du sujet), le désir s'accomplira autrement, d'une manière qui le rend acceptable. En pensant au rêve dont Freud a amplement démontré les processus, il

semble opportun de souligner un double mouvement : le désir est empêché dans la voie vers sa réalisation, mais trouve un autre chemin à travers lequel il pourra s'accomplir en étant toutefois méconnaissable. Nous n'irons pas plus loin ici dans ces vastes thèmes que sont la satisfaction partielle du désir et la sublimation. Retenons toutefois que le désir qui s'accomplit est méconnaissable pour le sujet lui-même. Suivant cette idée, nous rencontrons donc la posture dans laquelle la reconnaissance de l'inconscient vient nous inscrire, à savoir que le sujet peut se tromper lui-même, et se tromper à propos de lui-même. Par ailleurs, nous nous trouvons exposés aux différents registres potentiellement en jeu ici. Par exemple, ce que le sujet demande, ce qu'il veut, ce qu'il croit vouloir, et ce qu'il désire inconsciemment sont des éléments qui cohabitent et qui ne coïncident pas forcément. Vient alors un constat pouvant être reçu avec un certain pessimisme, à savoir que si l'on accepte ces propositions, le désir est impossible à atteindre comme tel, impossible à réaliser, du moins dans son expression brute si l'on peut dire. Or les limitations à la possibilité de sa réalisation mènent le sujet dans le monde et au-delà de lui-même, notamment par la possibilité de s'ouvrir vers de nouveaux horizons ou d'explorer au-delà de ce qui est impossible d'accès. De plus, le désir se trouve au cœur de la vie humaine, de la vie psychique, avec tout ce que cela comporte du manque et de la finitude. Ce sont là des éléments centraux aux élaborations théoriques de Jacques Lacan.

En effet, Lacan (De Mijolla, 2002) s'est appliqué à établir des distinctions entre la notion de désir et d'autres notions pouvant lui être apparentées, notamment celles du besoin et de la demande. Il expose que le besoin vise un objet réel et précis dans lequel il trouve satisfaction alors que la demande, essentiellement demande d'amour, est adressée à l'autre dans le but de susciter attention et amour. Poursuivant en ce sens :

Le désir selon Lacan naît de l'écart qui s'instaure entre le besoin et la demande : différent du besoin puisqu'il vise un objet fantasmatique, il se distingue de la demande dans la mesure où il attend de l'autre qu'il le reconnaisse et non qu'il lui accorde son amour. Pour Lacan, le désir est toujours d'une façon ou d'une autre « désir de l'Autre » puisqu'il est effet de signifiant : c'est pourquoi il est indissociablement lié au manque ou à l'objet perdu (Bonnet, dans De Mijolla, p.434)

C'est donc en quelque sorte du manque que provient le désir, cet élan qui guide l'humain hors de lui-même dans une traversée dont l'issue lui échappera toujours. Pour Françoise Dolto (1981), le désir rend humain, c'est-à-dire qu'il humanise, en donnant à l'humain sa spécificité et en le dégageant de l'emprise du seul besoin. Penser ainsi le désir comme étant intriqué au manque nous amène droit vers la notion de castration. Pour Dolto (1981, 1984), le développement de l'enfant est marqué d'une série de castrations, lesquelles trouvent leur sens en ce qu'elles sont symboligènes. En ses mots :

En psychanalyse, le terme [castration] signifie une interdiction du désir par rapport à certaines modalités d'obtention de plaisir, interdiction à effet harmonisant et promotionnant, tant du désirant ainsi intégré à la loi qui l'humanise, que du désir auquel cette interdiction ouvre la voie vers de plus grandes jouissances (Dolto, 1981, p.301).

La castration symboligène permet le franchissement symbolique qui met le sujet sur la voie du désir, et du langage. C'est par ce chemin au cours duquel l'enfant se subjectivise qu'il se constitue également une image du corps qui lui est propre et qui l'amène à dépasser l'emprise des besoins somatiques qui ne peuvent trouver réponse immédiates en tout temps (Dolto, 1984). D'où l'idée de la castration, de ce que le parent doit refuser à l'enfant dans le but de lui ouvrir d'autres horizons. Ainsi,

toujours selon Dolto (1984), la castration ombilicale, première de toutes, permet la rencontre entre deux êtres (la mère et son bébé), et s'en suivent le sevrage, l'apprentissage de la propreté, puis la situation oedipienne. Il faut également souligner que la castration ne provient pas d'un choix de l'enfant et est souffrante pour lui puisqu'il perd quelque chose. C'est toutefois à partir de cette souffrance qu'une question peut-être posée et qu'une réponse peut advenir; les mots sur la souffrance permettant ainsi l'accès au langage. Enfin, de ce manque peut naître pour l'enfant le désir de retrouver ce qu'il souhaiterait avoir et qui lui est inaccessible. Cela le mène ainsi vers un ailleurs, lui ouvrant la voie vers un monde qu'il peut habiter et au sein duquel il peut parler.

Par ailleurs, le désir, qui cherche à retrouver les traces d'un plaisir perdu, vient trouver écho dans le corps. En fait, et lorsque l'on pense au désir d'enfant chez la femme – thème qui sera développé un peu plus loin – le désir prend littéralement corps alors qu'un bébé vient se développer au creux de son ventre. Cette réflexion nous amène à prendre un moment afin de dire quelques mots quant au statut du corps dont il est ici question. À cet égard, la pensée freudienne peut nous être fort aidante. Sans pour autant faire état de l'ensemble de sa métapsychologie, nous pouvons constater que la théorie des pulsions chez Freud permet d'inscrire le corps à la fois dans un registre biologique (le corps de chair, le corps anatomique) et dans un registre symbolique (le corps sexué, animé de pulsions sexuelles qui ont pour but un objet et qui mettent ainsi le sujet en relation dans le monde). La notion d'étayage telle que présentée par Freud (1910/1987) est ce processus selon lequel la pulsion sexuelle est d'abord une pulsion d'autoconservation dont la source organique se trouve dans l'une des régions du corps associées à une fonction vitale, une zone érogène. Or la satisfaction n'en reste pas à un niveau organique et l'exemple de la succion chez le bébé a permis à Freud de constater que le bébé ne tète pas uniquement pour se nourrir.

Il éprouve une satisfaction à un autre niveau et ce plaisir se séparera éventuellement du besoin de se nourrir. Ainsi, la pulsion sexuelle s'étaye sur une zone érogène du corps et se faisant, la pulsion peut être comprise comme cette interface entre les dimensions biologiques et symboliques constituant l'humain. Ce qu'il nous faut retenir de ceci et qui puisse être pertinent au présent travail de recherche est que l'humain est traversé à même son corps par des forces pulsionnelles qui se donnent à sentir dans et par son corps et qui viennent l'interpeller à plusieurs niveaux de conscience et d'expérience (corporelle, affective, relationnelle) avec lesquels il doit composer. Cela vient mettre en lumière le fait que nous nous trouvons constamment face à différents corps, pour ainsi dire, ou au fait que le corps est irréductible à sa seule dimension biologique.

Françoise Dolto (1984) a abordé cette idée sous l'angle de l'image inconsciente du corps, laquelle se distingue selon elle du schéma corporel. Ce dernier réfère à un état de fait, au corps physiologique dont l'enfant dispose et qui est relativement similaire pour tous les humains. L'image inconsciente du corps s'élabore plutôt comme « la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles » (Dolto, 1984, p.22). Selon l'auteure, elle peut être considérée comme « l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant et ce, avant même que l'individu en question soit capable de se désigner par le pronom personnel « Je », sache dire Je » (Dolto, 1984, p.22). Alors que le schéma corporel peut être à la fois inconscient, préconscient et conscient, l'image inconsciente du corps est, selon Dolto (1984) « éminemment inconsciente » et peut devenir en partie préconsciente lorsqu'associée au langage. Ce concept de l'image inconsciente du corps, fondamental chez Dolto, comporte plusieurs éléments qui nous semblent extrêmement riches pour cette recherche. D'abord, elle souligne une distinction entre le corps anatomique dont on

dispose puis d'un corps autre, soit inscrit dans la dimension symbolique de l'existence. Ensuite, elle met l'accent sur l'historicité du sujet en postulant que l'image inconsciente du corps est intriquée à celle-ci. L'image du corps est dynamique et actuelle tout en étant constituée et imprégnée de l'histoire émotionnelle, pulsionnelle et relationnelle du sujet désirant. Enfin, elle présente la dimension inconsciente de cette image du corps, nous rappelant que l'humain est aux prises avec un vécu qui le dépasse et qui se déploie souvent à son insu. Ceci peut nous mener à souligner le non maîtrisable intrinsèque au pulsionnel, élément sur lequel la psychanalyse a bien sûr mis l'accent. Concluons cette sous-section en introduisant le lien entre corps et désir d'enfant, pertinent pour notre propos. Le désir d'enfant chez la femme vient éventuellement s'inscrire dans le corps, il prend corps littéralement. En gardant en tête les notions présentées dans ce paragraphe et en sachant que cela sera davantage développé dans la discussion de cette thèse, soulignons quand même que le désir d'enfant (qui s'actualise ou non) peut venir parler du corps. D'un corps biologique bien sûr (il ne s'agit pas de dénier certaines conditions particulières causant l'infertilité), mais également d'une dimension plus symbolique, historique et pulsionnelle du corps, lesquelles peuvent éventuellement être éveillées lorsque le corps sollicité ne semble pas répondre tel qu'il le devrait.

Les éléments mentionnés ci-dessus, notamment certains principes fondamentaux associés à la notion de désir, et les notions de pulsion, d'étayage et d'image inconsciente du corps, permettent de lier le corps au désir. Ils peuvent également soutenir une réflexion quant à la complexité du désir dans sa quête de réalisation. Nous avons donc vu que dès que le désir est abordé survient l'indéniable question de la limite. La reconnaissance d'un inconscient inaccessible fait de la psychanalyse par essence une pensée de la limite (Hentsch, 2006). Reprenant les mots de cet auteur : « La psychanalyse est une expérience sans fin aux frontières d'un domaine

impénétrable, à travers laquelle le je prend conscience de son inépuisable étrangeté et de sa nécessaire finitude » (Hentsch, 2006). Comment donc réconcilier ceci avec le domaine de la procréation assistée, lequel semble s'abreuver au fantasme de l'absence de limite afin de pousser toujours plus loin les possibilités technologiques? Quel espace subsiste pour penser la souffrance de l'impossible lorsque cela se présente (c.-à-d. lorsque les traitements de PMA ne débouchent pas sur la venue d'un enfant)? Enfin, quelle place pour élaborer ce qui peut se jouer à différents niveaux (notamment au niveau inconscient) lorsque les possibilités techniques permettent de mettre en acte, dans le réel, des demandes manifestes? Laissons cette réflexion nous ramener vers le sujet principal de cette recherche, à savoir l'impossibilité pour une femme de concevoir, de porter et de donner naissance à un enfant. Comme tout désir, la réalisation du désir d'enfant est d'emblée vouée à un destin impossible. Il faut entendre par là que le désir profond et inconscient de l'enfant ne peut se réaliser tel quel. Prenons ceci au pied de la lettre : le bébé qui vient au monde ne correspond jamais en tout point au bébé dont les parents ont rêvé (Bydlowski, 2008). Un écart subsiste toujours, inévitablement. L'imprévisibilité de son sexe, de ses traits, de son odeur, contribue à la surprise qui a lieu au moment de la naissance. Le bébé qui vient au monde est un autre, à la fois familier et étranger, et ne coïncide jamais totalement avec tout ce que la future mère a pu projeter sur lui. Néanmoins, un bébé peut venir au monde et dans le meilleur des cas, une rencontre peut avoir lieu.

La recherche psychanalytique fournit quelques éclaircissements sur ce thème en montrant que le projet d'un enfant, même conscient, est toujours infiltré de significations inconscientes qui vont être projetées sur ce familier étranger, le nouveau-né, comme autant de cadeaux de naissance de la part de ceux qui se penchent sur son berceau. Pourtant, lorsque tout se passe bien, le désir d'enfant est à peine interrogeable. Il est naturel, précipitamment accompli et vite apaisé par son objet d'élection : l'enfant naissant (Bydlowski, 2008, p.19).

Or, qu'en est-il lorsque la conception d'un enfant ne peut avoir lieu et lorsque l'enfant ne vient pas? Nous avons précédemment mis en lumière que la voie barrée au désir sur le chemin de sa réalisation l'obligeait à trouver une autre route. Rappelons toutefois que les jeux de l'inconscient sont faits d'enchevêtrements, d'un tissage complexe dont le point de départ nous file entre les doigts malgré tous les fantasmes de maîtrise que la théorisation peut bien nourrir. Le désir n'échappe pas à ce mystère et ne se laisse ainsi pas saisir. Par ailleurs, le désir d'enfant a à voir avec l'origine, la transmission, la généalogie. Il peut s'agir par exemple du désir de perpétuer les liens dans la continuité transgénérationnelle, ou de donner une suite à sa propre histoire, ou de tenter de répondre à l'énigme de sa propre origine. Par ailleurs, le passage à la maternité vient ébranler l'état des choses en faisant bouger l'histoire : la femme qui devient mère rapproche ses parents de la mort en marquant une avancée dans le temps alors qu'elle devient mère à son tour (Bydlowski, 1997). Le désir est ainsi intriqué à l'histoire du sujet dont le point de départ précède son arrivée au monde et dont le souvenir est inconscient en grande partie. Face aux complications que peut rencontrer une réflexion sur le thème du désir, tentons maintenant de nous rapprocher du sujet principal de cette thèse en s'attardant plus spécifiquement au sens du désir d'enfant chez les femmes, en lien avec le passage à la maternité et l'empêchement réel de ce passage.

1.4.3 Être femme, (ne pas) devenir mère

Dans le cadre de cette recherche, la venue ou non de l'enfant est à situer dans le cours de la vie d'une femme. Aussi poserons-nous notre regard sur les ramifications du désir d'enfant dans le fait d'être femme et de devenir mère ou non. Freud (1910) suggère que la première grande question que se pose l'enfant et qui le guide sur le chemin de la pensée est celle de sa propre origine. Les questions « d'où viens-je? » et « où étais-je avant ma venue au monde? » ont pour corollaire l'une des plus grandes

énigmes de l'existence humaine : comment les bébés sont-ils conçus? Pour le jeune enfant qui rencontre ce mystère, l'interrogation en camoufle une autre qui le concerne personnellement à savoir si ses parents vont concevoir un autre enfant que lui. Dans l'affirmative, c'est l'angoisse de perdre sa place qui le guette et qui le poussera à élaborer des théories précoces, les premières théories sexuelles (Freud, 1910). Ces hypothèses sont le fruit d'un alliage de la pulsion scopique (la fascination et l'intérêt de voir la scène de la conception) ainsi que d'un désir de maîtrise (si l'enfant sait comment les enfants se font, il pourra en maîtriser la venue ou l'empêcher...). L'énigme de l'engendrement se trouve ainsi à l'origine du développement de la pensée infantile et de la curiosité intellectuelle. Il s'agit également d'un incontournable questionnement sur sa propre origine qui rencontre plus qu'une explication biologique, mais un sens, une symbolique : il est né de la rencontre de deux êtres, et de deux désirs. Désir que portera à son tour l'enfant de mettre au monde un nouvel être.

Dans son versant féminin, l'on peut dire que le désir d'enfant s'élabore en deux temps. D'abord par une identification à la mère des premiers temps de la vie, la mère donneuse de soins et source de réconfort. De cette identification naît un désir chez la fille d'assurer à son tour cette fonction maternelle nécessaire à la survie du nourrisson et de retrouver par là quelque chose de la fusion qui l'unissait à sa propre mère jadis. Vient ensuite un second temps où la fillette découvre son manque d'un organe reproducteur visible comme celui de son père. Du constat qu'elle n'a pas de pénis, la fillette se détournera de son premier objet d'amour (classiquement la mère) afin de se tourner vers son père de qui elle désirera un enfant. C'est l'entrée dans la situation oedipienne (Bydlowski, 2008, Bergeret, 2008, Freud, 1910). L'on pourrait dire que le désir d'enfant relève à la fois du désir d'être la mère des premiers temps de la vie et

du désir d'avoir un enfant de son père, s'inscrivant ainsi dans un registre tantôt narcissique, tantôt oedipien (Bydlowski, 2008).

Soulignons toutefois que le désir d'enfant est marqué d'ambivalence en ce qu'il ne se présente pas nécessairement de manière claire et sans équivoque. Par exemple, une femme peut vouloir un enfant sans vouloir vivre une grossesse, ou vouloir une grossesse tout en refusant les changements corporels inhérents à celle-ci, ou encore vouloir un enfant et ne pas vouloir les bouleversements amenés par sa venue dans la vie quotidienne (remaniement de l'horaire, fatigue entraînée par les nuits entrecoupées, changements dans la vie sociale, etc.). Cette ambivalence, potentiellement conflictuelle, peut être inconsciemment mise à l'écart de l'expérience. Par ailleurs, la contraception a installé ceci de particulier que pour envisager une grossesse, il faut cesser de l'empêcher. En effet, il n'est pas rare d'entendre des femmes annoncer qu'elles ont « cessé de prendre la pilule » ou « cessé de se protéger ». Tel que mentionné plus haut, un questionnement s'impose alors quant au « bon » moment pour concevoir un enfant. Dans la vie des femmes d'aujourd'hui, cette décision peut avoir bon nombre d'impact au niveau professionnel notamment, mais aussi au niveau intime alors que le maternité transforme l'identité tout autant que la vie quotidienne (Delaisi de Parseval, 1983, Bydlowski, 2008). Tel que le mentionne cette dernière auteure, le désir d'enfant n'est pas un sentiment pur. Il est teinté de complexité, d'ambivalence et des traversées du désir dont nous avons fait état dans la section précédente. Cela mène donc à questionner en fait ce sur quoi porte le désir. Est-ce celui d'être enceinte? D'avoir un enfant? D'être confirmée comme mère? Le fait de vouloir et de ne pas vouloir à la fois, de vouloir un bébé, mais pas une grossesse, de vouloir une grossesse, mais pas un bébé, d'exiger un enfant parfait (p. ex. sans handicap, ce qui est maintenant possible de prévoir dans une certaine mesure avec les diagnostics anténataux) en sont des exemples. Les travaux de Bydlowski

(2008) viennent illustrer ceci à l'aide de différentes situations rencontrées en clinique. Par exemple, une femme peut affirmer haut et fort son désir d'enfant, mais repousser constamment le moment de la conception (soit pour des raisons professionnelles, parce qu'elle ne rencontre jamais le « bon conjoint », etc.). À l'inverse, nous pouvons penser à certaines situations où la grossesse survient de manière inattendue. À travers ces exemples, la psychanalyse vient mettre en lumière que les difficultés rencontrées (ou lorsque les choses ne se passent pas telles que prévues, ou telles que voulues) peuvent être notamment comprises comme le signe des multiples facettes d'un même désir, ici le désir d'enfant, qui n'est pas un sentiment « pur » et univoque (Bydlowski, 2008). En effet, au vu des bouleversements de la vie engendrés par la venue d'un enfant, le désir d'enfant ne peut qu'être remis en question, comporter des zones d'ombre et de refus qui trouveront une façon de se dire et de se faire sentir dans l'expérience de la femme désirant devenir mère.

Le désir d'enfant chez la femme peut également se définir par la négative, c'est-à-dire en le distinguant de ce qu'il n'est pas. En ce sens, le désir d'enfant n'est pas un projet d'enfant, ce qui correspond plutôt à la dimension consciente du projet. Il n'est pas non plus le désir de grossesse avec lequel il ne coïncide pas forcément. À ce sujet, Bydlowski (2008) évoque en guise d'exemple la fonction matricide de l'avortement où la femme désire un enfant, mais tue l'imago maternel intériorisé et projeté sur le fœtus sous le joug duquel elle ne peut devenir mère. Enfin le désir d'enfant n'est pas le besoin d'enfant.

Envisager le passage à la maternité pour la femme revient à s'engager dans un cheminement qui la ramène à la fois au plus près de sa propre mère tout en la guidant

vers une route différente, la sienne, sachant que ces deux mouvements ne sont et ne seront jamais complètement distincts. Les travaux de Bydlowski sur la dette de vie (2008) rendent compte d'un fait important : par l'engendrement, les femmes accomplissent leur devoir de gratitude à l'égard de leur mère, rendant à leur tour la vie qui leur a un jour été donnée. Ainsi la femme qui désire un enfant plonge déjà dans les liens complexes qui l'unissent à sa mère, son père, au bébé qu'elle fut. Elle rencontre d'une autre manière les enjeux et conflits de la filiation et de la sexualité, cette fois dans la posture de la femme adulte qui souhaite donner la vie. Au regard de tout ce qui se joue, de tout ce qui se trame et de tout ce qui espère se déployer à travers la conception d'un enfant, dire que l'impossibilité de concevoir est une épreuve difficile est un euphémisme. Certains psychanalystes ont prêté leur oreille aux jeux inconscients qui se dissimulent dans le parcours de femmes en mal d'enfant. Si plusieurs auteurs (Bydlowski, 2008, 2011, Delaisi de Parseval, 1983, Faure-Pragier, 1997) mettent en garde contre la thèse univoque de la psychogenèse de l'infertilité, elles rappellent d'autant plus que le traitement de la stérilité est d'abord le traitement de la souffrance que cela génère. Elles soulignent également que la réponse à cette souffrance n'est pas forcément (c'est-à-dire pas toujours ni dans tous les cas) un enfant. Or c'est pourtant ce que vise la médecine de la reproduction. La section suivante propose donc une présentation de certains travaux psychanalytiques au sujet de l'infertilité et de la procréation médicalement assistée comme réponse à l'impossibilité de concevoir.

1.4.4 Au sujet de l'infertilité et de la réponse médicale

Les recherches de Monique Bydlowski s'appuient sur son travail auprès de couples en situation d'infertilité. Ils témoignent des réflexions auxquelles peut mener une écoute analytique auprès de ces patients. S'étant amplement intéressée à l'expérience de la grossesse et de la maternité ainsi qu'à leurs enjeux psychiques, Bydlowski

(2001, 2008, 2011) a écrit sur le revers de ces expériences (l'infertilité) en mettant l'accent sur le fait qu'aucun évènement ancien pouvant avoir une fonction causale dans l'infertilité n'est retrouvé de manière significative. Elle poursuit en ajoutant qu'au contraire « la stérilité en tant que symptôme, la stérilité-souffrance, vient s'inscrire dans un contexte biographique singulier où elle prend son sens sans pouvoir référer à une explication univoque » (Bydlowski, 2001, p.131). L'auteure nous convie donc à une écoute ouverte et curieuse pour le sens que cette situation peut prendre dans la trajectoire de vie de l'individu. L'infertilité serait notamment comprise en tant que symptôme, c'est-à-dire comme un compromis psychique entre le souhait conscient de l'enfant et des désirs inconscients contradictoires, et donc serait porteuse de sens. Reconnaisant la complexité de ces mouvements de l'inconscient, l'écoute psychanalytique permettrait un espace d'élaboration.

En ce sens, Faure-Pragier (1997) explique également la nécessité de renoncer à l'idée d'une stérilité psychogène, à savoir une théorie de la stérilité qui trouverait son origine, sa cause, dans un conflit psychique. Nonobstant cette mise en garde, l'apport de certaines théories en psychosomatique peut éclairer une réflexion sur l'infertilité puisque quelque chose se joue spécifiquement (mais pas seulement) sur la scène du corps. Considérons néanmoins certaines divergences à travers ces théories. D'une part, la conception freudienne de l'hystérie de conversion soutient que le symptôme physique est issu du refoulement et exprime dans le corps la tentative de résolution d'un conflit psychique. Il y a donc tentative de symbolisation à travers la somatisation (Freud, 1968). D'autre part, selon l'École des psychosomaticiens de Paris, à laquelle appartiennent notamment Pierre Marty, Christian David et Michel de M'Uzan, le symptôme somatique résulte d'une absence de symbolisation laquelle serait attribuable à la pauvreté fantasmatique de l'appareil psychique, à des lacunes au niveau préconscient (Marty, 1990). Sans aller plus loin dans l'élaboration de ces

théories, relevons cette distinction entre le fonctionnement psychique relatif d'une part, à l'hystérie de conversion et d'autre part, aux symptômes somatiques tels que présentés notamment par Marty et De M'Uzan. Cette distinction entre des manifestations symptomatiques semblables en apparence met en lumière la complexité de l'alliage et de l'interaction du corps et de la psyché. Par ailleurs, elle nous convie à adopter une posture d'écoute qui ne soit pas uniquement orientée vers la genèse du symptôme. Comme nous le rappelle Bydlowski (2008), la stérilité est bien souvent et comme dans le cas de plusieurs symptômes somatiques la cause de la détresse actuelle autant que la manifestation d'une souffrance antérieure. Elle précise toutefois que la particularité de l'infertilité tient en ce qu'elle ramène continuellement aux thèmes conflictuels de la filiation et de la sexualité (Bydlowski, 2008).

Faure-Pragier (1997) pose que la souffrance de ne pouvoir donner la vie se trouve souvent dissimulée sous un « besoin d'action ». La stérilité éveillant une faille narcissique profonde, c'est davantage un « vouloir-mère » qu'un désir d'enfant qui insiste pour se réaliser (Santiago-Delefosse, 1995, dans Faure-Pragier, 1997). La souffrance narcissique deviendrait alors secondaire et serait éludée par l'engagement dans un processus actif et par l'utilisation des moyens concrets disponibles (ici, les PMA) pour devenir mère. Or, différentes représentations, enjeux, fantasmes, théories sexuelles infantiles sont néanmoins interpellés. L'auteure présente également certaines hypothèses qui s'orientent, par exemple, autour d'enjeux oedipiens, de désir d'enfant comme envie du pénis, de relation à l'objet perdu, de relation archaïque à la mère ne permettant pas l'introduction du père comme tiers. Il est à noter que, du point de vue psychanalytique, ces enjeux sont inhérents à tout désir d'enfant et ne sont donc pas exclusifs au contexte de la PMA. C'est-à-dire qu'ils s'inscrivent dans l'histoire du sujet et se trouvent potentiellement réactivés par le projet de la parentalité que ce projet soit mis à mal par l'infertilité ou non. Cependant, et c'est le propos de l'auteure

ici présentée, ils trouvent potentiellement soulevés d'une manière particulière par le recours aux PMA tout en courant le risque d'être évacués par ce processus médical. Faure-Pragier (1997) présente certaines configurations plus singulières sur ce thème, notamment la possibilité du déni d'une partie du monde interne de la mère. Le désir d'enfant pouvant susciter notamment de la peur, de la culpabilité, cette part serait pour ainsi dire, clivée. Le recours aux PMA serait alors une sorte de défense maniaque contre la crainte ou la culpabilité inconsciente reliée au désir d'enfant. Affirmant de manière répétée et sans aucune réticence son désir d'enfanter, la réalité intérieure déniée se tourne vers une réalité externe dans laquelle la femme montre combien elle est prête à tout pour avoir un enfant. L'enfant imaginaire se trouve ainsi surinvesti et ne laisse pas de place pour la conception de l'enfant réel. Il peut être intéressant de constater que selon cette perspective, la PMA s'offre en réponse à un symptôme et devient ainsi elle-même un symptôme, pour ainsi dire (Faure-Pragier, 1997).

En ce sens, Dejours (1993) soulève qu'être père ou mère et avoir un enfant ne sont pas équivalents psychologiquement, bien qu'ils le soient logiquement. Pour l'auteur, la stérilité du couple « signe souvent une impossibilité à aménager une place psychique pour l'enfant sans qu'alors l'équilibre mental du ou des parents soit aussitôt menacé » (Dejours, 1993, p.32). Si la stérilité permet d'éviter les conflits que soulèverait la venue d'un enfant au sein du couple, elle empêche néanmoins le couple de devenir « géniteurs ». Se trouve ici une contradiction majeure puisque « l'on peut à la fois refuser inconsciemment l'enfant et refuser consciemment la stérilité parce qu'elle est considérée comme une mutilation » (Dejours, 1993, p.33). L'auteur ajoute que lorsqu'un couple parle de son refus de la stérilité, il est systématiquement entendu, et à tort bien souvent dit-il, que le couple veut des enfants. Ce qui n'est pourtant pas la même chose. À l'instar des écrits psychanalytiques présentés ci-haut,

Dejours relève ici qu'un pan de l'expérience est passé sous silence par une réponse uniquement biotechnique à l'infertilité.

1.4.5 Sur le deuil et la perte

Comme mentionné précédemment, la procréation assistée est davantage une réponse à la souffrance que cause l'infertilité qu'à l'infertilité elle-même. Par ailleurs, cette souffrance est à certains égards semblable à celle des personnes endeuillées (Bydlowski, 1997). Le travail de deuil ne renvoie pas nécessairement à la mort, mais également à la perte. En ce sens, l'infertilité comme « perte de procréation » (Roegiers, 1994) vient faire rupture dans le fil continu de l'histoire du sujet. Dans *Deuil et mélancolie*, Freud (1915/1968) rappelle que le travail de deuil est en fait un travail d'élaboration de la perte. Ce travail comporte une dualité profonde à savoir que l'absence de l'objet provoquée par sa perte le rend d'autant plus présent psychiquement. Le deuil peut donc se caractériser par une présence excessive de l'objet dans l'activité psychique au détriment d'un investissement un monde extérieur. Freud (1915/1968) montre bien que la réalité de la perte impose un travail psychique des plus exigeants : celui de retirer la libido de ce qui la lie à l'objet perdu. Freud explique que cette tâche « est accomplie en détail, avec une grande dépense de temps et d'énergie d'investissement, et, pendant ce temps, l'existence de l'objet perdu se poursuit psychiquement » (p.148). Selon Freud, le travail du deuil demande temps et élaboration afin de permettre, éventuellement, un désinvestissement de l'objet perdu à travers le deuil, puis mener à de nouveaux investissements. Les descriptions retrouvées dans son travail telles que la diminution de l'investissement du monde extérieur, le retrait de la libido sur le moi ainsi qu'un surinvestissement de l'objet perdu trouvent un certain écho dans ce que la littérature décrit au sujet de

l'expérience de l'infertilité et de son traitement. À ce sujet, Bydlowski (1997) souligne que l'enfant qui ne vient pas peut être le substitut de l'objet perdu, et que l'enfant à venir peut être porteur d'espoirs de réparation comme s'il devait pouvoir combler la perte toujours déjà vécue. Ainsi, selon Freud (1915/1968) le travail du deuil accomplit un douloureux compromis en ce sens que le désinvestissement de l'objet perdu se fait à travers un surinvestissement du processus de deuil qui maintient l'objet d'autant plus présent que son absence s'impose dans la réalité. Dans le cas de l'infertilité, ce travail peut s'avérer complexifié par le fait que l'objet perdu, l'enfant, n'est en fait jamais advenu. Cela soulève ainsi un questionnement à la hauteur du défi constitué par cette épreuve : comment désinvestir ce qui n'a jamais pu être investi dans la réalité? Ou autrement dit, comment faire le deuil d'un enfant jamais rencontré, jamais porté en son corps, jamais tenu dans ses bras? Ces préoccupations rejoignent donc celles des psychanalystes présentés ci-dessus et s'étant penchés sur la question. Il soulignent également que les traitements de procréation assistée peuvent soulever des enjeux complexes, notamment en lien au deuil et à la perte, et dont le travail demande de l'espace et du temps.

Il va de soi qu'une posture inspirée des écrits présentés ici nous rend plus enclins à poser un regard critique sur l'assistance médicale à la procréation. Il convient de rappeler qu'il ne s'agit pas de chercher à adopter un positionnement en faveur ou en défaveur de ces avancées. Ce débat est en quelque sorte obsolète puisque ces traitements existent et se pratiquent déjà couramment. Dans le cadre de cette thèse, notre devoir consiste à ouvrir un espace de réflexion et de parole pour l'expérience des femmes qui ont recours à ces traitements, et ce dans le but de mieux les accompagner. En ce sens, l'apport de la psychanalyse est majeur. D'abord, elle soulève la complexité du désir d'enfant et l'impossibilité de le saisir totalement. En mettant en lumière la multiplicité des enjeux soulevés ainsi que des conflits

relativement à ce désir et sa réalisation ou non, elle fait également état de tout ce qui ne peut s'élaborer dans les démarches d'actions concrètes que sont les PMA. Elle met également en garde contre le danger de répondre au souhait manifeste sans s'intéresser aux enjeux psychiques sous-jacents (c'est-à-dire inconscients), avec le risque de perpétuer une souffrance chez le sujet. En somme, une posture psychanalytique nous invite à tendre notre oreille à ce qui se dit sans se dire, à ce qui se joue en coulisse de la scène face à laquelle nous nous trouvons. En d'autres mots, et en reliant ceci au contexte de la PMA, il semble indispensable d'introduire un espace de parole et de sens pour tout ce qui se fait dans les traitements de fertilité. Ceci étant dit, et bien que cette pensée soit fort inspirante, rappelons le statut de la psychanalyse dans le cadre de notre recherche dont elle n'est pas le cadre principal de référence. Cependant, vu le nombre d'écrits qu'il comporte sur le sujet, le champ de la psychanalyse nous semblait incontournable. Nous souhaitons nous référer à cette pensée à la manière d'un mythe, d'un récit sur l'incomplétude de la condition humaine, sur le désir d'enfant et sur l'altérité, ici comprise comme une altérité interne. Dans le cadre de cette recherche, le statut du récit tel que nous l'entendons ci-dessus est celui d'appui à la pensée et à l'élaboration. Nous espérons que chacun des écrits dont nous avons fait la recension puisse nous permettre de mieux raconter l'expérience des femmes et ainsi contribuer à faire de cette recherche un récit pouvant être, à son tour, porteur de sens. C'est dans cette posture que nous nous référons ici aux écrits psychanalytiques. Nous ne chercherons pas à faire d'inférences ni à schématiser l'expérience des femmes à partir de ces théories, mais nous penserons plutôt avec ces auteurs et le soutien que leurs mots nous donnent afin de mieux raconter, nous l'espérons, ce qu'ont vécu ces femmes. N'oublions pas qu'avant toute théorisation du fonctionnement psychique se trouve toujours d'abord une expérience vécue, concrète, singulière et irréductible à quelque théorie, aussi riche et inspirante celle-ci soit-elle. Cette expérience, accessible par la mise en récit d'une personne qui se raconte, se déploie dans le monde, et sur une trame existentielle qui rassemble des enjeux profondément humains qui se vivent, s'éprouvent et se

racontent bien avant que l'on en tire des modèles théoriques. Le moment est donc venu de présenter la tradition de pensée dans laquelle s'inscrit notre recherche. Lors de la prochaine section seront donc étayés les thèmes centraux de la pensée humaniste sur laquelle se fonde cette thèse, ainsi que les enjeux ontologiques et épistémologiques inhérents à un tel ancrage.

1.5 Ancrage humaniste : philosophie de l'existence et herméneutique

1.5.1 Introduction

« Nous humanisons ce qui se passe dans le monde et en nous en en parlant, et, dans ce parler, nous apprenons à être humains » (Arendt, 1974, p.35).

En posant la parole aux fondements de l'existence humaine, ces mots d'Hannah Arendt transmettent le cœur battant de la posture préconisée au cours de la présente recherche. En effet, elle nous rappelle le rôle primordial du dialogue dans l'humanisation du monde en posant que c'est justement le fait qu'il puisse faire objet de dialogue qui donne au monde sa dimension humaine (Arendt, 1974). « Quelque intensément que les choses du monde nous affectent, quelque profondément qu'elles puissent nous émouvoir et nous stimuler, elles ne deviennent humaines pour nous qu'au moment où nous pouvons en débattre avec nos semblables » (Arendt, 1974, p.34). Là où l'homme se met en jeu en commettant un geste dont il ne peut prévoir ou maîtriser la portée, là où une question se pose à un autre en attendant une réponse inconnue jusqu'alors, cela constitue ce qu'Arendt (1981) nommerait le domaine de l'action. C'est précisément là que l'homme devient humain et trouve sa liberté tout en habitant le monde.

Cette primauté du dialogue nourrit une posture éthique en recherche, où nous souhaitons nous poser dans un climat de rencontre, lequel permet à l'autre et à soi-même d'advenir, plutôt que dans un rapport de maîtrise échafaudé à partir de la quête de confirmer ce que l'on croit déjà savoir. C'est dans une telle visée que cette recherche se déploie. Elle souhaite parler de ce que vivent les femmes qui n'ont pas d'enfant après avoir eu recours à la procréation assistée. En s'intéressant aux différents aspects de cette expérience et en faisant dialoguer la voix des femmes avec des écrits sur le sujet. En ce sens, la phénoménologie nous invite justement à une certaine méfiance vis-à-vis de ce que nous croyons détenir comme savoir en nous rappelant l'importance de l'étonnement dans le déploiement de la pensée. Pour garder une pensée vivante, alors il est nécessaire de se ramener à cet étonnement primordial à la base de toute pensée, cet instant de surprise qui nous tire hors de nous-mêmes dans des sentiers inattendus. « Ce qui nous paraît naturel n'est vraisemblablement que l'habituel d'une longue habitude qui a oublié l'inhabituel dont il a jailli. Cet inhabituel a pourtant un jour surpris l'homme en étrangeté, et a engagé la pensée dans son premier étonnement » (Heidegger, 1962), p.22.

Nous avons choisi d'aborder l'expérience des femmes du point de vue de l'existence, c'est-à-dire en s'attardant à la manière dont leur vécu se déploie concrètement et quotidiennement. Bien que porté par des influences plurielles, ce projet de recherche se développe depuis une perspective humaniste existentielle. Une psychologie humaniste ne saurait se définir sans reconnaître les différents courants associés à son nom. Précisons ainsi que la posture humaniste de laquelle relève cette recherche est inspirée des courants philosophiques que sont la phénoménologie, la philosophie de l'existence et l'herméneutique. Cette approche trouve sa grande pertinence en ce qu'elle propose des écrits sur des thèmes se trouvant au cœur de l'expérience de la procréation assistée. Par ailleurs, cette approche nourrit un rapport à l'autre

reconnaissant la nature fondamentalement relationnelle de l'humain, ainsi que l'indispensabilité du dialogue. Nous souhaitons à travers cette recherche formuler notre propos en misant sur la mise en récit et sur l'importance de se raconter. Ceci nous a guidés vers des conceptions ontologiques et épistémologiques auxquelles la psychologie humaniste européenne correspond.

D'emblée, rappelons que la psychologie humaniste sur laquelle nous nous appuyons trouve ses racines dans les courants philosophiques que sont la phénoménologie, la philosophie de l'existence et l'herméneutique. La phénoménologie telle que proposée par Husserl (1954) se développe telle une critique des modes d'accès à la connaissance prédominants au milieu du XXe siècle, et représente ainsi un tournant sur le plan épistémologique. Par la notion d'intentionnalité, Husserl (1954) prend une distance du débat épistémologique animant les chercheurs de cette époque (empirisme versus rationalisme). Selon lui, ce débat est déjà trop loin de l'expérience vécue et ne peut que nous mener vers un univers abstrait qui ne dit rien de l'expérience humaine. En effet, selon Husserl, la conscience est intentionnelle, c'est-à-dire toujours conscience-de. Cette idée centrale suppose ainsi la conscience comme étant toujours liée, toujours déjà dans le monde. Parce que l'humain se trouve d'emblée lié au monde qu'il habite, Husserl souligne l'inutilité des méthodes issues des sciences dites naturelles dans l'étude de l'expérience humaine. Il suggère donc de s'intéresser aux vécus de conscience, et d'en revenir à l'essence de l'expérience : ces méthodes n'offrent rien à dire quant aux questions qui animent l'humain. Cette essence se donne la possibilité d'être décrite par une suspension (epochè), et en reprenant contact avec ce qui est présent avant tout effort d'objectivation ou de rationalisation. La phénoménologie d'Husserl invite donc à l'étude de l'essence d'un phénomène, ce qui implique de s'attarder à ce qui se passe avant la rationalisation philosophique ou l'objectivation scientifique. La phénoménologie nous ramène à de

grands thèmes fondamentaux et structurants notre rapport au monde, soit la spatialité, la corporéité, la temporalité, le rapport à l'autre et à soi.

Marquant un tournant pour la phénoménologie, Martin Heidegger développe ses travaux en déplaçant l'accent de l'essence à l'existence (Misiak et Sexton, 1973). Il suppose en fait que l'existence, soit la condition pour l'humain d'être-là (le Dasein) est marquée par la question profonde et marquante « qu'est-ce qu'exister? ». Cette question qui en sous-tend d'autres (celle de la mort, notamment) vient marquer l'être d'une forme d'angoisse liée à l'impossibilité de répondre à ces questionnements. Par ailleurs, l'existence chez Heidegger se caractérise par le fait d'être située, c'est-à-dire inscrite sur une trame temporelle, dans un corps, dans un espace, sur un point défini qui donne à l'être un certain regard sur le monde qu'il peut contempler et comprendre à partir de sa situation. Parallèlement, l'être-situé sous-entend une condition limitée en ce sens que sa situation ne lui permet pas d'accéder à l'entièreté du monde ni même de sa propre existence dont le point de départ lui échappe. Ainsi, l'existence est faite, selon Heidegger, d'un questionnement perpétuel quant au fait d'exister, et de la rencontre avec l'angoisse que cela soulève. Conséquemment, cette pensée nous invite à nous interroger sur les grands existentiels que sont la temporalité, la mort, la finitude, l'angoisse, la solitude et le sens (Misiak et Sexton, 1973).

Enfin, la pensée herméneutique déjà instaurée par Heidegger s'ouvre autrement avec Hans-Georg Gadamer qui met l'accent sur la question de l'interprétation en situant l'humain (et donc aussi le chercheur) dans une posture d'emblée et constamment interprétative. Selon Gadamer (1976), l'humain est toujours doté d'une préconception et d'une précompréhension du monde à partir desquelles il interprète ce monde qu'il

habite. Le langage est le lieu de la compréhension, ce qui nous mène à souligner l'idée d'une culture et d'une tradition comme conditions de base de notre existence. Dans le contexte de la recherche en sciences humaines, il émet clairement une critique contre l'usage d'une « méthode » qui pourrait donner l'illusion d'extraire le chercheur de la condition humaine à laquelle il s'intéresse. Selon l'auteur (Gadamer, 1976), la reconnaissance de la subjectivité du chercheur est inhérente et incontournable dans le contexte de la recherche en sciences humaines. Cela exige du chercheur la capacité de se mettre en jeu, tout en reconnaissant ses propres opinions et a priori quant au sujet qui l'intéresse dans un exercice de réflexivité. Ces différents thèmes seront repris et développés davantage dans les sections appropriées de cette thèse. Il s'agissait ici de dresser un portrait rapide des éléments relevant de la psychologie humaniste, laquelle circonscrit notre travail.

Il va sans dire que les racines de la psychologie humaniste constituent un champ philosophique vaste et qu'il serait fastidieux de le présenter de manière exhaustive. Nous avons donc opté pour une sélection de thèmes et d'auteurs qui traitent d'enjeux se trouvant directement reliés à l'expérience de la procréation assistée et l'expérience de l'arrêt de ces traitements et qui pouvaient ainsi servir de socle à notre réflexion. Sera donc présenté le fruit de nos lectures sur la question de l'origine et de la mort, sur la limite comme condition existentielle, sur le rapport au corps et notamment au corps féminin, sur le sens de la maternité puis sur l'identité narrative et le besoin de mise en récit.

1.5.2 De l'origine à la mort : les bornes de l'existence

« Qui plus est, lorsque l'on fait l'histoire de ses propres origines, on n'atteint jamais vraiment le commencement initial. Le commencement se déplace toujours dans un horizon incertain (...) » (Gadamer, 1996, p.142).

La procréation en ceci qu'elle fait écho à la naissance, au début de la vie, est intimement liée à la mort, à l'angoisse de la disparition individuelle, au besoin de traces qui nous survivent, besoin de donner sens à l'existence. Par ailleurs, elle confronte la femme, l'homme; à un élément majeur de sa condition existentielle : celui de son origine, avec laquelle il lui est impossible de coïncider. L'un des postulats fondamentaux de la philosophie de l'existence est la compréhension de l'humain comme être situé. Le concept heideggerien d'être-jeté exprime la situation de l'humain qui n'est pas maître de son origine, mais qui existe à partir d'elle (Misiak et Sexton, 1973). Il se trouve ainsi d'emblée dans un état d'incomplétude puisqu'il n'a pas choisi le moment de sa naissance. Quelque chose de son origine ne lui appartient pas, lui échappe, le positionnant comme second d'un autre qui était là avant lui. C'est à cela que sont confrontés l'homme et la femme en PMA, alors que les nouvelles technologies de la reproduction tentent une maîtrise technique du début de la vie, tout en n'y parvenant pas totalement, finalement.

C'est dans le quotidien, ce berceau de la concrétude, que se révèlent les questions existentielles auxquelles l'Homme est confronté. Les ruptures du quotidien font jaillir la possibilité de la mort, de la maladie, de la limite, etc. Selon Heidegger (1985), elles nous mettraient face à notre condition de mortel; à l'impossibilité d'échapper à cette mort que nous ne contrôlons pas. Aliénant parfois dans ce que l'on dit de lui et

pourtant structurant par les cycles et répétitions sécurisants qu'il inscrit en nos vies, le quotidien apparaît tel une expression du paradoxe inhérent à l'existence. En cette trame de fond répétitive et routinière, le fameux « métro-boulot-dodo », il ne semble y avoir de lieux pour l'extraordinaire. Or cette trame de fond est nécessaire à la saillance d'un évènement. Il doit y avoir continuité pour y avoir rupture. Par ailleurs, c'est précisément en ce quotidien que se vivent les réalités de l'existence. Selon Heidegger (1985), la quotidienneté est le mode d'être dans lequel le Dasein se tient le plus souvent. C'est la condition dans laquelle il évolue tous les jours. Heidegger insiste sur le fait que le « tous les jours » ne doit pas être compris uniquement d'un point de vue calendaire, mais comme ce qui prédomine et caractérise majoritairement l'état ou le « comment évolue » le Dasein. Le quotidien est cette trame de fond marquée par la répétition des jours, par l'habitude et l'affairement, par ce qui semble permettre d'échapper à l'angoisse de la question de l'existence et de la mort (Heidegger, 1985). Or c'est précisément dans la quotidienneté que l'existence se déploie, se révèle, continuellement et chaque jour. C'est également là que sont révélés les enjeux des démarches en PMA. Pensons au couple dont la chambre prévue pour un enfant demeure vide, et qui plusieurs fois par jour en traverse le seuil. L'on peut aussi penser à l'horaire différent par les rendez-vous médicaux imposés, aux routines entourant une intervention, aux relations sexuelles planifiées, à l'attention différente portée au corps, à la déception lors de la venue des menstruations qui rappellent le vide de ce ventre que la femme souhaiterait voir s'arrondir. Le quotidien se voit ainsi empreint d'éléments porteurs d'enjeux bien plus grands. En ce sens, la pensée existentielle reconnaît leur importance et permet donc de s'y intéresser et d'en réfléchir la portée.

Cette pensée reconnaît également les liens inéluctables qui unissent la naissance et la mort. Heidegger souligne combien l'idée de la mort est un impensable pour l'homme

qui vit au quotidien dans l'oubli de cette réalité. Puis soudainement, quelque chose fait irruption : un proche décède, une connaissance est affligée d'une maladie grave, les médias véhiculent une tragique histoire. C'est notre inévitable destin qui apparaît alors, mais qui tout de même, porte quelque chose d'irréel. D'une certaine manière, nous nous trouvons hors d'atteinte dans le quotidien ou dans ce qu'Heidegger nommerait le « On ». De là peut-être cette impression que cela ne peut nous arriver. La reconnaissance du fait que nous allons un jour mourir est voilée d'une impression d'irréalité lorsqu'on se dit qu'il s'agit peut-être du dernier instant de sa vie. « Ce que veut dire à ce sujet le discours « passager », qu'il soit explicite, ou, comme le plus souvent, retenu, c'est : on finit toujours par mourir un jour, mais de prime abord, le On-même demeure hors d'atteinte » (Heidegger, 1985, p.72). Parce qu'en fait, le simple fait d'énoncer « on meurt tous un jour », ramène le fait de la mort en cet espace où chacun est préservé puisque cela pose que la mort frappe le « On » et que le « On » n'est en fait personne (Heidegger, 1985). Ainsi, d'un point de vue existentiel, l'angoisse qui habite chaque être humain est en fait l'angoisse de mort. Soulignons que pour Heidegger, ceci ne mène pas à un nihilisme, mais plutôt s'inscrit comme la condition fondamentale de notre existence. C'est là que s'illustre tout le paradoxe de la condition humaine, à savoir que le fait d'être est constamment et directement relié à la possibilité de ne pas être. Ce «ne pas être» peut être ramené au fait de la mort qui se pose comme un destin inévitable et imprévisible à la base, mais qui pourtant rend possible l'existence. Dès sa naissance, l'humain avance vers la mort et s'en approche toujours un peu plus à mesure que le temps passe. La naissance d'un enfant vient résonner ici à différents niveaux. Elle peut pallier cette angoisse en mettant au monde un humain qui laissera quelque chose de nous après notre mort, impliquant donc de se reconnaître comme mortel. Elle ramène également à ce paradoxe fondamental : en mettant au monde quelqu'un qui va aussi mourir un jour, donner la vie revient aussi à donner la mort. Cela nous ramène à notre existence qui se déploie sur une trame temporelle dont le début et la fin nous échappent. La naissance et la mort tracent notre parcours identitaire, mais ne coïncident jamais

directement avec qui nous sommes. Ces limites de l'existence nous mettent radicalement dans le monde en relation avec l'autre tout en nous ramenant à notre finitude. À propos de cet élément majeur de la pensée de Heidegger, Arendt explique : « L'être-là ne serait vraiment lui-même que s'il pouvait se retirer en lui-même hors de son être-dans-le-monde – ce que sa nature ne lui permet jamais de faire; c'est pourquoi il est donc toujours déchu de lui-même » (Arendt, 2002, p.59). Et la mort chez Heidegger n'est pas tant une limite à venir, qu'une limite déjà là, dès la naissance. Elle structure notre existence comme étant, dès le départ, limitée.

On pourrait donc dire ici que l'existence se fonde sur une limite fondamentale, celle de ne pouvoir se détenir soi-même et de ne pas être soi-même à sa propre origine. En s'exerçant à avoir main mise sur l'origine humaine, les nouvelles technologies de la reproduction contribuent à tout un imaginaire qui évacue l'angoisse de mort et l'angoisse de finitude. Paradoxalement, en nourrissant une illusion de maîtrise sur le monde et sur l'humain, il semble que les avancées technoscientifiques mettent en lumière l'impossibilité de réaliser leur promesse. C'est le cas avec le développement des nouvelles technologies de la reproduction qui ne parviennent pas à garantir la conception d'un enfant. D'un point de vue historique, nous pouvons également constater que plus l'humain a cru s'approcher d'une vérité quant au mystère de son existence, plus des questions toujours plus grandes se sont présentées. Les avancées technologiques se fondent sur l'idée de pouvoir acquérir une forme de maîtrise sur l'existence (pensons par exemple aux manipulations génétiques et aux délicates questions éthiques qu'elles soulèvent, puis également aux tentatives de maîtrise sur le début et la fin de la vie), cependant, la maladie et la souffrance sont toujours présentes et la mort fait littéralement partie de la vie. Les avancées techniques qui semblent si prometteuses se développent en nourrissant, en quelque sorte, leur défaillance à plusieurs égards. Or, les femmes pour qui l'enfant ne vient pas, même

avec les traitements proposés, se heurtent à une limite avec toute la souffrance que cela comporte. En ce sens, la philosophie de l'existence propose de réfléchir à la question de l'origine et de la mort comme des limites fondamentales de l'existence et constitutives de notre liberté. Attardons-nous davantage à cette notion.

1.5.3 La limite comme condition existentielle

« Là où il n'y a pas de limite on ne voit rien. À commencer par la place qu'on occupe » (Hentsch, 2006, p.15).

À la suite du propos de la section précédente, on pourrait donc dire que l'existence est rendue possible par une limite. On pourrait ajouter que la limite primordiale de ne pas s'être conçu soi-même et donc de ne jamais coïncider totalement avec sa propre origine est en elle-même constitutive de la liberté. Dans les mots d'Arendt : « Pour le dire de façon paradoxale : c'est seulement parce que je ne me suis pas fait moi-même que je suis libre; si je m'étais créé moi-même, j'aurais pu me prévoir et me serais ainsi privé de la liberté » (Arendt, 2002, p.68). Soulignons ici que ce qui est en jeu est la part d'inaccessible qui constitue l'humain. Du côté de la psychanalyse, il en sera question sous le signe de l'inconscient, figure d'une altérité interne. La philosophie de l'existence notamment avec Heidegger nous amène sur le chemin de la secondarité et de l'historicité alors que nous sommes porteurs d'une histoire, d'une lignée, du désir d'un autre sans jamais détenir la clé d'aucun de ces mystères. De là, nous faut-il faire nos propres choix tout en assumant qu'ils ne relèvent jamais totalement et uniquement de nous-mêmes. La philosophie de l'existence pose donc la limite comme condition nécessaire à notre liberté en ce sens où devant elle, l'homme n'a de choix que de choisir, justement. Les « situations-limites » présentées par Karl Jaspers

sont ces lieux où choisir s'impose. Présentées par Arendt (2002), elles sont ces situations où :

(...) l'homme fait l'expérience de limitations qui deviennent directement les conditions de sa liberté et le fondement de ses actes. À partir d'elles, il peut éclairer son existence, poser les jalons de ce qu'il peut et de ce qu'il ne peut pas, et atteindre ainsi, au-delà d'un simple « être-résultat », une existence (...) (p.73).

Par le choix, l'homme s'impose à lui-même une limite à partir de laquelle il peut espérer une ouverture, un nouveau commencement. D'un point de vue existentiel, le choix s'impose à la rencontre d'une limite, ou d'une situation-limite comme le suggère Jaspers. La médecine de la procréation soulève par ailleurs une réflexion à cet égard puisqu'elle s'exerce à dépasser une limite du corps. Néanmoins, une limite s'impose lorsque les traitements ne fonctionnent pas et les couples se trouvent alors peut-être confrontés à une limite dans un contexte qui semble promettre de la dépasser. Il semble toutefois que l'enjeu de la limite, inhérent à l'existence humaine dont il est une condition fondamentale, se pose d'une manière particulière dans le contexte de la procréation assistée. En effet, nous avons là affaire à une tentative de dépassement des limites techniques et biologiques pouvant donner l'impression que tout est possible.

Pour Thierry Hentsch (2006), ces tentatives de dépassement sont en fait une illusion qui nourrit notre acharnement à refuser la mort. Ce faisant, elles alimentent l'angoisse que soulève notre finitude puisque la mort demeure inévitable. C'est une partie de la réflexion que propose l'auteur dans son essai sensible et fort inspirant *La mer, la limite*.

L'idée de progrès, le bonheur pour tous, la civilisation du loisir, l'éradication des maladies, l'échec au vieillissement, tous ces espoirs, tous ces projets alimentent la fable sans limite qui nous guide et à laquelle personne au fond, ne croit. À laquelle le spectacle du monde offre chaque jour le plus cruel démenti. L'absence de limite est un mauvais espoir dans un monde bardé de clôtures » (Hentsch, 2006, p.40).

Ainsi, les nouvelles technologies s'exercent à déjouer les limites du corps, du temps et de la technique, faisant miroiter l'idée d'un monde où tout est possible. Qu'en est-il toutefois lorsque ce n'est pas le cas? Face à la perte, à la mort, au temps qui passe, à la naissance, face à sa fragilité, il semble que l'humain ne puisse qu'acquiescer. Comme le suggèrent les auteurs auxquels nous nous sommes référées durant cette section, l'existence même passe par la reconnaissance de notre finitude et des limites qui nous constituent. Ces dernières ne se déclinent ni comme des concepts abstraits ni comme des réalités tangibles. Elles se rencontrent et s'éprouvent. Plus que tout, elles invitent à la relation et au dialogue puisque cette condition existentielle est partagée et peut ainsi se porter collectivement.

Ceci peut ouvrir une réflexion quant à l'espace offert pour penser et pour parler la limite dans le contexte de la procréation assistée, dans le but d'accompagner ces parcours et d'en supporter la souffrance. Un tel dialogue peut être rendu possible dans un contexte où il est possible de se rencontrer et de se sentir reconnu. L'univers scientifique nous amène toutefois en un lieu où la limite rencontrée, plutôt que d'être structurante, sera conçue comme un obstacle qu'il devient tentant d'abolir. Bernd Jager nous convie à une compréhension différente par la voie d'une métaphore : celle du seuil et de l'obstacle. « Only a cosmos separated and held together by a treshold holds the promise of a world where the self will not devour the other or where the

other will not permanently distance itself from the self » (Jager, 1997, dans Jager 2013, p.76) Concevoir la limite en tant que seuil lui rend son caractère essentiel quant à l'existence humaine. Non pas comme une limite, mais bien comme une limite symbolique et structurante, le seuil installant la distance nécessaire à l'existence de deux individus (Jager, 1996). Ce faisant, elle rend possible le dialogue.

La différence fondamentale entre soi et l'autre peut se vivre comme un obstacle et demande alors qu'on la repousse. Par conséquent, elle appelle à se placer dans une position de maîtrise, cherchant l'explication permettant d'évacuer d'une chaîne causale l'élément faisant défaut. Cependant, lorsque comprise comme un seuil, la limite que pose la différence invite au dialogue et structure les rapports humains. Cela suppose ainsi que la rencontre implique la reconnaissance de l'altérité de l'autre, impliquant le respect de ce qui se donne à voir et de ce qui demeure caché. Cette posture exige évidemment une attitude qui diffère de l'attitude scientifique cherchant à percer le mystère de l'autre, à mettre en lumière le fonctionnement d'un aspect de la vie humaine ou d'un être humain, par exemple. Jager (1996) rappelle l'importance de la capacité à pivoter d'une posture à l'autre afin de pouvoir sortir de l'univers scientifique (lequel est inévitable et nécessaire dans la vie de tous les jours) afin de revenir dans un cosmos où la rencontre est possible. Les limites seraient donc structurantes et nécessaires à l'existence humaine à condition d'être comprises comme telles et assumées. Comme le suggère la citation de Thierry Hentsch en début de section, l'absence de limite peut mener à l'effacement de la place occupée par chacun, et donc plonger dans une existence brouillée où chacun ne peut se tenir. Plus concrètement, les limites du corps déterminent notre situation et nous orientent dans l'espace. À un niveau symbolique, les limites du corps que sont la peau, mais aussi les contours de la silhouette procurent un sentiment d'identité et d'enveloppe qui distinguent de l'autre et du monde.

Nous avons donc vu que d'un point de vue existentiel, la limite trouve son sens en ce qu'elle est constitutive de l'existence et fondement de la liberté d'agir. Elle s'avère également nécessaire en ce qui a trait aux frontières définissant l'identité et la place de chaque humain. Du point de vue d'une pensée du seuil (Jager, 1996), la limite est une condition au dialogue possible entre deux êtres, à la rencontre. Nous pouvons donc constater que la limite s'avère nécessaire à l'existence et qu'ainsi, son évacuation peut comporter certains risques sur lesquels il semble convenir de s'interroger. Par ailleurs, et comme mentionné ci-dessus, c'est à une limite biologique que s'adressent les traitements de procréation assistée. Conséquemment, c'est sur la scène du corps des femmes qu'ils s'effectuent majoritairement et c'est donc à ce thème, du point de vue de la phénoménologie et de la psychologie humaniste, que sera consacrée la prochaine section.

1.5.4 Corps et corporéité féminine

« Mais justement parce qu'il peut se fermer au monde, mon corps est aussi ce qui m'ouvre au monde et m'y met en situation. Le mouvement de l'existence vers autrui, vers l'avenir, vers le monde peut reprendre comme un fleuve dégèle » (Merleau-Ponty, 1945, p.203).

Le corps est ici compris comme permettant la mise au monde, l'existence située. Je suis au monde en ce corps et par ce corps, et c'est ainsi que je ressens, que je perçois, que j'appréhende le monde, que j'entre en relation. Selon Merleau-Ponty (1945), le corps se dérobe à toute objectivation, sinon dans un après-coup théorique. La présence au monde et à soi est ainsi possible par ce corps que je suis et ce corps dont

je dispose. C'est-à-dire que « j'ai un corps » bien réel et concret, un corps de chair au fonctionnement biologique, et paradoxalement « je suis mon corps », alors que tout mon être au monde et mon expérience relationnelle à ce monde passent par ce corps incarné et indissociable de la personne que je suis. La maladie ou l'intervention médicale touchent à la corporéité. C'est ainsi l'être de la personne qui est affecté, et non simplement un organisme biologique. Si l'homme bien portant peut s'identifier à son corps, « la maladie trouble cette identification », provoquant un devenir étranger du corps (Van den Berg, 2007, p.54). La demande de soin vise donc le corps qui se trouve au centre du motif de consultation. « Or, la relation médicale a ceci de trompeur que son objet n'est jamais purement le corps, sinon un corps qui ne se laisse pas réduire à sa seule dimension de chose, qui échappe continuellement à lui-même » (Vinit, 2007, p.12). Dans le cadre du présent projet de recherche, le corps est ainsi compris comme un vecteur de l'existence. Parce qu'il nous échappe, par la possibilité de la maladie, et parce qu'il va mourir, le corps révèle notre condition existentielle fondamentalement limitée. Ultimement, il ne peut être objectivé et réduit à une compréhension biologique, sinon au coût d'une désymbolisation, voire d'une desubjectivation majeure. Cela constitue par ailleurs l'une des critiques formulées à l'égard des PMA (Hottois, 1996) qui reconnaissent l'impact des interventions médicales sur l'ensemble de la personne.

Quelques éléments s'imposent ici afin de bien circonscrire notre propos. D'abord, soulignons déjà une ambiguïté certaine que fait surgir l'utilisation du mot « corps ». Comme nous le fait remarquer Le Breton (Le Breton, 1992) p.25: « On oublie souvent l'absurdité qu'il y a à nommer le corps à la manière d'un fétiche, c'est-à-dire en omettant l'homme qu'il incarne ». En effet, parler du corps suppose déjà le dualisme qui fait du corps un objet, qui tente de le réduire à son substrat biologique. Le Breton (1992, p.25) poursuit : « Le corps n'est pas une nature. Il n'existe même

pas. On n'a jamais vu un corps : on voit des hommes, des femmes ». En posant ceci, l'auteur nous rappelle que le corps est déjà pris dans un réseau de signification et de représentation, et déjà doté de sens. L'usage du référent « corps » témoigne du dualisme cartésien qui teinte notre époque jusque dans notre pensée comme un filigrane. Cette habitude langagière est si profondément ancrée que sa remise en question exige un exercice, une prise de conscience de la part de celui qui s'engage dans une réflexion sur le sujet. Nous utilisons sans doute le mot « corps » dans le cadre de notre travail, pour faciliter l'expression. Il importe néanmoins de rappeler notre posture qui relève de la phénoménologie et selon laquelle le corps est toujours d'abord lié à l'être qui l'habite, est en fait le vecteur de cet être-au-monde.

Historiquement, et avec la psychanalyse, Freud a rendu possible de penser le corps ailleurs que dans les rouages de la pensée scientifique. « Il fait du corps un langage où se disent de manière détournée des relations individuelles et sociales, des protestations et des désirs » (Le Breton, 1992) p.17. Ce faisant, il fait de la corporéité une structure symbolique, ce qui permet de parler du rapport au corps sous un angle relationnel (Le Breton, 1992). Puisque c'est ce dont il s'agit : un corps en relation, un être dans le monde. Ayouch (2012) s'est intéressé aux résonnances entre les travaux de Merleau-Ponty et la psychanalyse. Il souligne certaines distinctions que fait Merleau-Ponty parmi différents éléments de la pensée freudienne.

Merleau-Ponty différencie alors clairement chez Freud le sexuel du génital, la libido de l'instinct, la vie sexuelle des processus des organes génitaux. Sexuel, libido ou vie sexuelle sont à la croisée du corps et du sens, s'embraient sur la vie totale du sujet, signifient la manière d'être des humains. La sexualité révèle ici une corporéité productrice de sens, dans un renversement par Freud,

de la perspective classique reléguant le sens à la conscience réflexive (Ayouch, 2012, p.62).

Ceci nous ramène à la perspective phénoménologique selon laquelle le corps ne se réduit jamais à sa seule dimension biologique. Le corps est toujours d'abord un corps vécu, c'est-à-dire que l'être s'éprouve, s'incarne et se ressent par et avec son corps. Merleau-Ponty compare en ce sens le corps et l'œuvre d'art, donnant ainsi à la corporéité sa spécificité :

Un roman, un poème, un tableau, un morceau de musique sont des individus, c'est-à-dire des êtres où l'on ne peut distinguer l'expression de l'exprimé, dont le sens n'est accessible que par un contact direct et qui rayonnent leur signification sans quitter leur place temporelle et spatiale. C'est en ce sens que notre corps est comparable à l'œuvre d'art. Il est un nœud de significations vivantes et non pas la loi d'un certain nombre de termes covariants (Merleau-Ponty, 1945, p.188).

De manière plus ciblée, c'est à un corps féminin que s'adresse la fécondation in vitro, soulevant la question de la corporéité féminine. L'on met en scène ici un corps qui, porteur de l'organe matrice, peut porter la vie. « Le corps de la mère est la première maison de l'existence, une demeure ronde et obscure pour l'enfant à naître » (Simms, 2008, p.14, traduction libre). Dans son ouvrage majeur *Phénoménologie de la perception*, Merleau-Ponty s'exerce à décrire les liens qui unissent le corps vécu au monde. Ces descriptions ciblent tous les humains de manière générale. Iris Marion Young reconnaît toutefois une spécificité à la corporéité féminine, à la manière dont le rapport au corps et au monde est teinté par le fait d'incarner un corps féminin. « At a more specific level, however, there is a particular style of bodily comportment that is typical of feminine existence, and this style consists of particular modalities of the

structure and conditions of the body's existence in the world » (Young, 2005, p.31). S'appuyant à la fois sur les travaux de Merleau-Ponty et de Simone de Beauvoir, elle tente de décrire l'expérience des femmes telle que vécue et incarnée dans leur corps. Bien que ce corps ait la spécificité de porter la vie (ce qui peut cantonner la femme dans une posture de soumission au sein d'une société patriarcale où son rôle est déterminé par sa fonction reproductive – c'est notamment l'avis de Simone de Beauvoir (1986), il contribue à l'être-en-situation particulier de la femme. C'est ce que Young explore à travers ses différents essais. Parlant de la grossesse, elle rappelle combien cette expérience se vit dans le corps et en dépasse pourtant les frontières. Par exemple, elle décrit la grossesse comme une sorte de point de jonction où se rencontrent transcendance et immanence, où la femme est autant rivée à elle-même que projetée dans le monde par le fait de porter un autre être (Young, 1984, dans Young, 2005). « The integrity of my body is undermined in pregnancy not only by this externality of the inside, but also by the fact that the boundaries of my body are themselves in flux. In pregnancy I literally do not have a firm sense of where my body ends and the world begins » (Young, 1984, dans Young, 2005, p.50). Voilà un exemple qui témoigne du sens que peut prendre la grossesse qui se déploie bien au-delà de l'expérience que l'on pourrait qualifier de corporelle. Puisqu'il ne s'agit pas que d'une transformation du corps, et aussi parce que le fœtus ne peut se réduire à un ensemble de cellules produites à partir du corps de la mère : c'est un être qui se développe et qui arrive au monde, un être désiré, imaginé, projeté dans le futur de ses parents qui l'attendent. C'est une expérience incarnée d'être-avec, d'être l'autre tout en étant soi. Il en est autrement pour les femmes qui reçoivent des traitements de procréation assistée et qui cessent le processus sans avoir eu d'enfant. Ces dernières traversent de longs parcours où leur corps est la cible de nombreux traitements sans finalement connaître le sentiment de plénitude, décrit par plusieurs, de la grossesse. À la lumière de ces réflexions, nous sommes à même de nous demander qu'en est-il donc du corps vécu féminin, voire peut-être de la féminité, lorsque ce corps sollicité ne répond pas?

1.5.5 Donner naissance : le sens de la maternité

D'un point de vue existentiel, devenir mère situe la femme sur le chemin de la transmission, dans quelque chose qui l'implique directement et personnellement et qui la dépasse à la fois. Tissant un pont entre deux générations, elle revient sur les traces de sa propre venue au monde. Ce qu'elle rencontre est bien sûr sa propre mère, mais également la lignée des mères dont le corps, et plus précisément le ventre, est le lieu de raccordement (Delassus, 2007). Cette lignée des mères renvoie au fait d'être portée. À ce que cela peut supposer d'un sentiment d'appartenance. Également, cela soulève la question de l'inscription en un lieu où le partage et la transmission transcendent la solitude. Un ralliement à travers le corps, mais aussi par ce rôle de mère qui est partagé et passé, en quelque sorte, d'une génération à l'autre. Cette lignée est décrite par Delassus (2007, p.191) comme :

un monde à part, un monde qui porte et qui est porté, un monde qui ne connaît pas la solitude ni les choses partielles, car il est tout entier dans le fait d'appartenir à cette société discrète, la société des mères, nulle part visible, mais réelle cependant, car elle est dans le ventre.

Réfléchir ainsi au sens de la maternité permet de réfléchir également à ce qui peut se jouer lorsqu'elle ne peut s'actualiser dans le concret du ventre, et de la vie des femmes. Delassus (2007) rappelle le double pendant de la maternité. D'une part, la mère joue un rôle indispensable pour le bébé. D'autre part, la mère se donne également à elle-même dans le processus de devenir mère aux yeux de son enfant, de l'autre parent et social au sein duquel elle s'inscrit désormais aussi comme mère. Elle devient mère pour elle au sens où elle adopte à son tour ce rôle qu'on a tenu pour elle, et devient elle aussi une mère. C'est autant dans le rapport à soi que dans le rapport à

l'autre que s'effectue le voyage qu'est la maternité. Selon Delassus (2007), ce voyage est en quelque sorte une quête où l'on va chercher quelqu'un qui est à la fois l'enfant, et pas l'enfant. Où l'on va se chercher soi, qui prend le visage de l'enfant. En ce sens, cet auteur écrit :

La femme a cette possibilité de traverser, d'aller de l'autre côté du monde, sur sa face cachée, de retourner au pays dont elle provient, d'y revenir pour en rapporter ce qu'elle a été et qui réapparaît sous la forme d'un enfant nouveau. L'enfant, c'est elle, telle qu'elle ne l'était plus depuis longtemps. Et l'enfant, c'est aussi autre chose, car, en même temps, ce n'est plus elle : c'est elle délivrée d'elle-même (Delassus, 2007, p.220).

La grossesse, lorsqu'elle advient, engage la femme dans cette traversée qu'est le devenir mère, et qui se dessine autant comme un élan vers l'avenir qu'un retour aux sources. Cette expérience vécue également à même son corps la fait voyager dans ces zones inconnues en plaçant l'historicité au centre de l'aventure. Young (1984, dans Young, 2005) parle d'une expérience de décentrement ou *splitting* chez la femme enceinte qui expérimente son corps comme le sien et pas comme le sien à la fois. Delassus exprime cette idée par le fait de revisiter la posture maternelle pour soi-même puis pour l'enfant. Et combien cette posture peut-elle renvoyer au sentiment d'appartenance, au fait d'être aussi une mère avec et parmi les autres mères.

En pensant à cette idée d'un voyage vers soi et vers cet autre qu'est l'enfant, on peut penser à la maternité comme un parcours marqué de découvertes, notamment celle pour la femme de se rencontrer comme mère. Cela la porte au-delà d'elle-même là où il y a l'autre (l'enfant) et la ramène vers elle également, près de zones peut-être inexplorées autrement. Qu'en est-il alors pour les femmes qui souhaitent donner

naissance à un enfant, mais à qui ce voyage est refusé? Plus encore, qu'en est-il pour celles qui tentent de multiples manières de porter la vie, mais pour qui le corps ne répond pas comme il le devrait? Le voyage parfois ne guide la femme pas vers la rencontre attendue. L'absence de l'enfant devient-elle alors synonyme de vide? Comment donner naissance autrement, si cela est possible? Hannah Arendt (1981) pose que la natalité n'est pas une notion biologique, mais renvoie plutôt à une dimension ontologique, soit la faculté de l'humain de créer du nouveau. Ce faisant, il s'inscrit dans le monde et advient au sein de ce monde qu'il habite. En donnant naissance, l'humain se donne naissance à lui-même puisqu'il apparaît d'une nouvelle manière. La mère qui donne naissance à un enfant naît à son tour en tant que personne devenue mère. Il en va de même pour le père puis pour le couple parental que l'enfant met au monde en le sortant de la fusion amoureuse qui est néanmoins à l'origine de sa conception (Arendt, 1981). Si la naissance peut renvoyer à une dimension naturelle de l'existence en ce qu'elle s'inscrit dans le mouvement cyclique entre la vie, la mort et la reproduction, Arendt (1981) souligne en fait qu'elle est irréductible à sa seule dimension biologique. La naissance a une portée symbolique, voire politique : elle est ritualisée par tous les gestes entourant la venue au monde d'un enfant (le présenter, le reconnaître et le faire reconnaître comme un nouvel être dans le monde). L'enfant qui vient au monde devient un nouvel acteur dans le monde public et ses parents y adoptent également un nouveau rôle. Arendt (1981) nous met donc en garde contre la réduction de la naissance à sa seule dimension biologique, ce qui nous donne à penser quant au contexte de la procréation assistée qui semble effectivement concentrer son activité autour de cette dimension des fonctions reproductives. Néanmoins, et les notions présentées tout au long de ce chapitre l'évoquent de différentes manières, la maternité semble encore occuper une place majeure à un niveau sociologique, personnel et ontologique au sein de l'identité féminine. Lorsque l'enfant n'advient pas et que la femme ne peut devenir mère, quelque chose de l'identité s'en trouve profondément ébranlé. Penchons-nous donc maintenant sur les travaux du philosophe

Paul Ricoeur au sujet de l'identité narrative et de la souffrance, qui s'avèrent fort éclairants sur la question de l'identité.

1.5.6 Identité narrative et souffrance

Ricoeur situe le récit au cœur de l'identité en posant que l'identité de l'humain est essentiellement une identité narrative. Une personne, c'est quelqu'un qui se raconte. Ou alors, dans ses propres mots : « Une vie, c'est l'histoire de cette vie, en quête de narration. Se comprendre soi-même, c'est être capable de raconter sur soi-même des histoires à la fois intelligibles et acceptables, surtout acceptables » (Ricoeur, 1994, p.3). Nous pourrions résumer la question que pose Ricoeur au sujet de l'identité comme suit : comment conserver un sentiment de cohérence alors que nous, humains, oscillons constamment entre la permanence et le perpétuel changement? Il distingue l'identité-idem de l'identité-ipse. La première réfère à tout ce qui nous constitue et qui ne change pas, aux caractéristiques immuables qui nous font : le nom, l'âge, le lieu de notre naissance, etc. La seconde a trait à tout ce qui se transforme toujours. Il peut s'agir des événements imprévisibles de la vie qui nous changent, mais également au fait de n'être jamais tout à fait le même jour après jour, ne serait-ce que par le passage du temps qui module notre être. Ainsi nous changeons toujours et en même temps nous ne changeons pas, nous restons nous-mêmes. Pour Ricoeur (1985, 1994, 1996), c'est à la narration que revient de ramener ce paradoxe à un sentiment d'identité cohérent et réconcilié, pour ainsi dire.

Dans son herméneutique de la souffrance, Ricoeur (1994) explore notamment combien le rapport à l'autre et à soi est abîmé lorsque l'on souffre, précisément par cette rupture du fil narratif inhérente à la souffrance. D'un côté, le souffrir amène une

intensification du soi, un sentiment très fort d'exister. De l'autre se trouve une rupture de lien dans la relation à l'autre, dans la possibilité de lier passé et futur par un récit qui saurait rendre au présent sa mémoire et sa promesse, pour parler dans les termes du philosophe. Celui qui souffre se ressent vivement, mais se trouve terriblement seul. Comme si le sentiment fulgurant d'exister le sortait paradoxalement de l'existence en tant qu'elle est une coexistence, une habitation du monde. On souffre, car on n'arrive plus à se dire à l'autre. L'expérience nous isole, nous fait sentir différent, unique, rejeté de ce qui est accessible et facile aux autres. La souffrance peut également nourrir la sensation de ne pouvoir être entendu par l'autre qui n'a pas l'expérience intime de cette souffrance, de notre souffrance (Ricoeur, 1994). Ricoeur (1994) traite de l'expérience de l'incommunicable en disant que « l'autre ne peut ni me comprendre, ni m'aider, entre lui et moi, la barrière est infranchissable » (Ricoeur, 1994, p.2). Il est une limite inhérente à la condition humaine à savoir que même dans la plus grande similarité apparente de l'expérience, il y a toujours de la différence. Personne ne peut jamais vraiment vivre « la même chose ». L'homme sera seul à sa mort, tout comme il a été seul à sa naissance, et personne ne pourra le faire pour lui, à sa place et en son nom. En même temps, il y a toujours déjà de l'autre, ou l'autre est toujours déjà là. C'est ce lien symbolique à l'autre qui est affecté dans la souffrance, ce lien du langage, du dialogue, de la rencontre. Parce que l'autre ne vivra justement jamais la même chose que moi, il faut parler. Il faut raconter. Il faut avoir espoir en la parole.

Toujours selon Ricoeur (1994), la souffrance se joue dans le rapport à l'autre et à soi, et plus particulièrement sur l'axe soi-autrui puis sur l'axe agir-pâtir, lesquels se recourent perpétuellement. Il présente quatre figures de séparation de la souffrance résumées comme suit : l'autre ne peut souffrir à ma place (l'insubstituable), l'autre ne peut me comprendre ni m'aider (l'incommunicable), l'autre est l'ennemi (il me fait

souffrir, me veut du mal), le sentiment fantasmé d'être élu pour la souffrance (pourquoi moi?). C'est dans le rapport à l'autre que se joue la souffrance, rivant le souffrant à lui-même dans un mouvement paradoxal où la rupture est d'autant plus fulgurante que l'autre est présent et interpellé. Sur l'axe agir-pâtir, c'est au niveau de la diminution de la puissance d'agir que se vit la souffrance, mais plus particulièrement, et surtout, dans l'incapacité à se dire à l'autre, à se raconter. C'est là que la souffrance est à la fois un blocage et un appel et qu'elle trouve, selon Ricoeur, son sens. La souffrance vient mettre en lumière le tissu qui nous lie incontestablement à l'autre. La blessure qu'elle génère peut rendre possible de dire quelque chose, ou du moins d'essayer.

Il a été largement démontré que l'infertilité s'avère une source de souffrance, ainsi que l'expérience de la procréation assistée. Aussi, le fait d'envisager une vie sans enfant alors que cela ne relève pas d'un choix poursuit l'épreuve de n'avoir pu concevoir naturellement et au moment désiré. Les propos de Ricoeur nous renseignent quant à l'importance de pouvoir se dire à l'autre, de pouvoir raconter sa souffrance. On peut ainsi s'interroger sur l'espace de parole pour les femmes confrontées aux souffrances ici abordées. Nous verrons plus loin que les blogues semblent répondre à ce besoin de mise en récit, et que le nombre d'espaces virtuels de toutes sortes dont le thème est l'infertilité est foisonnant. Cela répond-il à quelque chose qui peine à être pris en compte ailleurs dans le social? Ces questionnements, notamment, ont guidé autant nos réflexions que notre posture au cours de la recherche. C'est ici qu'une posture humaniste inspirée de l'herméneutique en recherche rejoint l'expérience humaine dans les profondeurs de sa condition.

L'herméneutique est le rappel de la déhiscence qui se creuse entre le vouloir-dire et le dire, entre les mots qui nous arrivent, comme d'un autre, et ce que

nous aimerions pouvoir dire, mais sans en être jamais capable (Grondin, 2003) p.113.

Portées par cette conviction que la parole rend humain, nous tenterons de dire quelque chose de l'expérience des femmes rencontrées au cours de notre étude. Tout en sachant que cette parole n'est jamais finale, finie, et qu'elle ne s'expose pas comme une vérité ni comme une solution qui permettrait d'éliminer la souffrance vécue. Cette section du chapitre avait pour but de présenter les éléments se trouvant au cœur de l'approche existentielle que nous avons préconisée. Cette approche nous éclaire sur des thèmes importants et qui touchent directement l'expérience de la procréation assistée. Mais surtout, elle nous invite à adopter une posture d'ouverture, à installer un climat de rencontre. C'est dans l'expérience concrète de chacun que se déploient et se vivent les enjeux de l'existence, et c'est à travers le récit qui en est fait que ces phénomènes se donnent à voir.

1.6 Conclusion du chapitre I

Voilà qui conclut ce premier chapitre, lequel visait à présenter une recension des écrits sur les thèmes de l'infertilité, de la procréation assistée et de la vie sans enfant pouvant s'en suivre. Cette revue de la littérature a été abordée sous l'angle de la posture herméneutique qui guide la manière de faire cette recherche, c'est-à-dire qu'elle avait pour but de puiser dans ce qui a déjà été écrit sur le sujet et qui pouvait servir de support à notre pensée.

La perspective historique nous a rappelé que le thème du désir d'enfant porte sa propre histoire, tout comme la maternité. Nous avons pu explorer cette trajectoire historique et exposer comment l'avènement des nouvelles technologies de la reproduction poursuit la voie déjà tracée par la contraception. Devenir mère ne relève désormais plus d'une évidence dictée par la fonction biologique du corps féminin ou par l'injonction sociale. Il en va d'un choix, et également du choix du bon moment pour le faire. De moyens techniques existent en ce sens pour empêcher la conception (contraception, interruption volontaire de grossesse), mais aussi pour tenter de concevoir lorsque cela semble impossible (procréation médicalement assistée). Ces avancées technoscientifiques comportent certes de nombreux avantages, mais nous avons voulu souligner qu'ils soulèvent bon nombre de questionnements, notamment au niveau éthique. Par ailleurs, elles ont transformé notre rapport à la parentalité et à l'enfant, ce dernier pouvant désormais faire l'objet d'un « droit » ou d'une « acquisition ». Enfin, le recours au don de gamètes, don d'embryon, etc. pose la question de qui est la mère, ou autrement dit, comment se donne-t-on aujourd'hui, cette identité de mère?

Le développement des technologies de la reproduction nous porte donc, à travers son histoire, à ce jour où elles font désormais partie du paysage culturel. C'est à la souffrance du non-enfantement que tente de répondre la technique. La plupart des recherches en psychologie distinguent la souffrance liée à l'infertilité de celle inhérente aux traitements de procréation assistée. Nous avons également exposé au cours de la section du chapitre consacrée à ces recherches que la souffrance semble amplifiée par le fait de ne pas avoir d'enfant à la suite de nombreux traitements de PMA. Soulignons également que bien que les femmes soient largement représentées dans les recherches en psychologie sur le sujet (en comparaison aux hommes), la littérature empirique est majoritairement constituée de recherches quantitatives

s'effectuant selon une méthodologie expérimentale. Ainsi, peu d'espace est consacré à la parole, au récit des femmes. Enfin, peu de recherches s'intéressent au rapport au corps et nous trouvons également peu d'écrits sur cette expérience dans une perspective existentielle.

En réponse à cette perspective qui comporte le risque d'évacuer la complexité de l'expérience, nous avons souhaité présenter certaines références issues de la psychanalyse, laquelle se développe autour de la reconnaissance de l'inconscient. Cette reconnaissance en dit déjà beaucoup quant à la place accordée à l'incomplétude de l'humain (puisque'une partie de lui-même lui échappe et lui échappera toujours) et quant au mystère. L'apport psychanalytique s'avère également majeur en raison des nombreux écrits sur les thèmes qui sont en jeu dans l'expérience à laquelle nous nous intéressons. À travers cette section du chapitre, nous avons vu que le désir, le désir d'enfant, le passage à la maternité et l'infertilité soulèvent des enjeux psychiques inconscients qui peuvent être mis de côté ou évacués par la réponse technique de la médecine. Ce faisant, c'est tout un pan de l'expérience des femmes qui risque de ne pas trouver de lieu pour se dire et pour s'élaborer.

Un regard humaniste orienté par la philosophie de l'existence et l'herméneutique nous ramène à la concrétude de l'expérience vécue et aux enjeux qui s'y déploient. Les théories sur le monde et sur le fonctionnement de l'appareil psychique sont toujours secondes à l'expérience singulière et propre à chacun. Nous avons présenté les propos de Heidegger, notamment, quant aux grandes questions de l'existence. L'existence se déploie sur une trame temporelle qui va de la naissance à la mort et la vie de l'homme se déroule entre ces deux bornes qui échappent à son contrôle. La

question de la finitude nous est ramenée, alors que l'existence se déploie à partir d'une limite fondamentale qu'est celle de ne pas coïncider avec sa propre origine. Nous avons également présenté un regard phénoménologique sur le corps, puis sur le devenir mère. Enfin, le besoin de mise en récit a été abordé sous l'angle de l'identité narrative telle que présentée par Paul Ricoeur.

Finalement, nous avons voulu illustrer par des regards croisés sur le phénomène auquel nous nous intéressons que cette problématique se situe d'emblée à la jonction de l'expérience individuelle, psychique et relationnelle, tout en soulevant des enjeux existentiels. Le tout se déploie inévitablement dans un contexte sociopolitique et sur une trame historique. La multiplicité des enjeux présentés illustre la complexité du phénomène. Dans une perspective herméneutique, nous avons également voulu présenter ce qui a servi et qui sert de support à la pensée tout au long du travail de recherche. Dans un registre plus concret, nous pouvons maintenant nous attarder à la manière de faire cette recherche. Comment effectuer les différentes étapes de notre étude tout en assumant et en respectant la posture que nous préconisons? C'est ce qui sera étayé dans le prochain chapitre, portant sur la question de la méthode.

CHAPITRE II

AU SUJET DE LA MÉTHODE

2.1 Introduction

Voici maintenant le moment d'aborder l'inévitable question de la méthode¹. Cette recherche se réclame d'une posture herméneutique et reconnaît le caractère fondamentalement dialogique de l'existence humaine. Un réel effort a été déployé en ce sens tout au long du processus de recherche. J'ai tenté d'éviter, dans la mesure du possible, les pièges d'un idéal méthodique emprunté aux sciences naturelles, notamment celui d'adopter une posture objective et objectivante ainsi que celui d'opérationnaliser le récit des femmes afin d'organiser des « résultats » qui pourraient répondre à un désir de satisfaction immédiate ou de gratification en donnant l'impression de résoudre une grande épreuve humaine. Pour autant, la question de la méthode ne nous échappe pas en ce sens où il faut ici rendre compte de notre façon de faire dans le processus de recherche. Au fond, la question à laquelle doit répondre la méthodologie d'une recherche est peut-être la suivante : comment vous y êtes-vous pris pour faire ce que vous avez fait? Ou encore, pour revenir au sens étymologique

¹¹ Le présent chapitre est en grande partie constitué de l'article suivant : Boissonneault, C., Vinit, F. (2016). Entre récits et résultats : la voie de l'écriture pour maintenir le dialogue ouvert, *Recherches qualitatives*, 35(2), pp.7-22. L'article a été remanié et bonifié afin de présenter un portrait exhaustif de la méthodologie de cette thèse. Les pages 7 à 14 et 17 à 19 ont été conservés intégralement, avec l'accord de l'éditeur de la revue.

du mot méthode, « poursuite ou recherche d'une voie », quel chemin fut emprunté et où a-t-il mené? Ces questions se sont posées très concrètement et ont orienté la réflexion dans le cadre de cette thèse de doctorat. Celle-ci porte sur l'expérience de femmes ayant reçu plusieurs traitements de fécondation in vitro desquels aucun enfant n'a été issu. Cette recherche vise à comprendre l'expérience de l'arrêt des traitements de procréation assistée sans qu'il ait débouché sur la naissance d'un enfant. Ce thème soulevant des enjeux complexes, intimes et se vivant de manière singulière pour chacune des femmes, une approche qualitative a été adoptée. Plus encore, il m'apparaissait primordial de préserver le caractère dialogique des rencontres avec les femmes, et ce, de l'élaboration du projet de recherche à la rédaction finale de la thèse, en adoptant une posture interprétative.

Prenons ici un instant afin de situer cette posture interprétative sur le plan épistémologique. Je ne me situe pas dans un paradigme positiviste lequel chercherait à expliquer (c'est-à-dire à trouver une cause), mais plutôt du côté de la compréhension et de l'interprétation. La vérité qui m'intéresse ici est en fait une vérité narrative, laquelle trouve sa valeur dans la capacité de faire sens et de laisser entendre l'expérience des femmes auxquelles je me suis adressée. Cette recherche s'inscrit donc dans une perspective herméneutique et existentielle où il ne s'agit pas de découvrir une vérité universelle, mais plutôt de comprendre l'expérience singulière et concrète de ces femmes. C'est alors que la question du « comment faire » s'est posée de manière insistante et très tangible. La plupart des méthodes de recherche suggèrent un processus au terme duquel des « résultats » sont rendus, ce qui suppose une certaine démarche d'analyse des données recueillies. Ce que l'on appelle « résultat » est en fait le produit de la recherche, ce qu'elle souhaite rendre, sa visée. Je souhaitais m'attarder à la valeur narrative de la recherche, à ce qu'elle peut proposer en matière de récit. Mais de nouveau, comment cela peut-il concrètement s'appliquer

et se maintenir? Si la réponse à cette question semble aller de soi lorsqu'on en reste à une posture générale sur l'herméneutique, elle est beaucoup plus difficile à mettre en œuvre dans le concret du cheminement étudiant. Une recherche interprétative en psychologie humaniste se veut d'abord et avant tout un lieu de récit, un récit porteur de sens offrant une parole à travers laquelle il est possible de se sentir reconnu. En m'inspirant à la fois des fondements philosophiques de la psychologie humaniste que sont la phénoménologie et l'herméneutique, puis de l'analyse en mode écriture élaborée par Paillé et Mucchielli (2013), j'ai choisi de mettre l'écriture au centre de la démarche et de tirer profit de ce médium afin de rencontrer la parole des femmes ayant accepté de raconter leur expérience aux fins de la recherche.

Le présent chapitre abordera donc d'abord les fondements épistémologiques sur lesquels repose cette recherche afin de bien situer le paradigme au sein duquel elle se déploie. Ensuite, le déroulement concret de la recherche et la nature de l'interprétation pratiquée seront présentés. Le chapitre se terminera par l'exposition des considérations éthiques de la recherche puis quelques notes personnelles réflexives quant au processus.

2.2 Positionnement du paradigme

2.2.1 L'expérience de la PMA, ou celle d'un récit troué

La question de la méthode est bien sûr intimement liée au phénomène interrogé, ici l'expérience en procréation assistée. Ce sujet fait écho à plusieurs thèmes centraux de la condition humaine, de l'existence. Alors que le désir de fonder une famille et de devenir mère s'inscrit dans une quête de sens, ce thème soulève plusieurs enjeux

quant au vécu intime et identitaire des femmes. Confronté à sa propre finitude par la mort, l'humain tente par différents moyens de surmonter cette angoisse de disparition individuelle. Enfanter, laisser sur terre une trace qui lui survit est l'un de ces moyens. C'est également par là qu'il peut être possible de s'inscrire dans une trame narrative familiale, dressant un pont entre les générations précédentes et les générations futures. Enfin, pour une femme, la maternité amène à porter un enfant à même son propre corps, répétant à son tour l'expérience d'avoir été portée elle-même par un corps féminin. Pour certaines, cela peut être l'occasion de s'approprier ce rôle maternel ou de réparer une relation difficile à la mère (Bydlowski, 2001). En raison de ces questions profondément existentielles, quelque chose de l'identité des femmes se trouve ébranlé lorsque le projet d'enfantement s'avère un échec (Greil et coll., 2010). Qui suis-je comme femme si je ne deviens pas mère? Qui suis-je comme adulte si je ne fonde pas une famille? Qui suis-je comme citoyenne si je ne contribue pas à former la société de demain? Voilà des exemples des interrogations pouvant habiter ces femmes en mal d'enfant.

Lorsque le passage à la maternité échoue à se faire naturellement, la possibilité leur est offerte de se tourner vers les techniques biomédicales de la procréation assistée. Sous l'égide de la médecine occidentale, laquelle se fonde sur un paradigme qui tend à dissocier le corps de l'être (l'anatomie s'étant à l'origine étudiée sur des cadavres, des corps littéralement sans vie), les technologies de la reproduction proposent une avenue aux personnes en mal d'enfant. À l'instar des technosciences et des prouesses scientifiques dont elles sont capables, elles peuvent participer à la promotion du fantasme d'une vie sans limite et de l'immédiateté qui anime aujourd'hui les sociétés post-modernes. Ces femmes se trouvent donc au cœur de procédures médicales qui peuvent s'attarder essentiellement à leur dimension biologique, ici reproductive, sans qu'il y ait nécessairement de lieu pour exprimer ce qui est agité sur le corps. Nous

avons vu précédemment que le besoin de lieux de parole se fait d'ailleurs sentir à travers les espaces virtuels foisonnants ayant pour thème l'expérience en PMA (blogues, forums de discussions, regroupements sur les réseaux sociaux). Cela témoigne sans doute du besoin d'expression et de partage qu'ont les femmes qui sont dans la souffrance de l'infertilité ou dans le processus médical qui y répond.

La difficulté de la mise en récit que rencontrent les femmes résonne plus largement au sein de la société où peu voire pas de récits traditionnels permettent de penser l'inouï d'une procréation hors corps. On peut s'interroger sur les mythes fondateurs pouvant servir d'ancrage aux femmes cherchant des mots et des lieux pour se dire. La recherche herméneutique reconnaît que les récits sont portés par la tradition, qu'ils s'élaborent sur des récits antérieurs. Le tissage entre la parole de l'un et la parole de l'autre est nécessaire pour « se penser » et pour vivre. À une époque où les prouesses technoscientifiques se réalisent à une vitesse qui dépasse la capacité de la société à les penser, il semble que nous nous trouvions devant un récit doublement troué. Du manque de mots pour élaborer l'imaginaire suscité par ces avancées dans le social au trou laissé dans l'histoire personnelle des femmes, la recherche est d'autant plus interpellée à traduire l'expérience faite en PMA par une trame narrative appropriée. Au cœur du quotidien, des enjeux reliés à la perte, au deuil, à la limite, sont traversés dans un vécu singulier et impossible à objectiver entièrement. La méthodologie de recherche me semblait devoir donner à la fois donner une voix au récit des femmes rencontrées, tout en parvenant à exposer le vécu de l'échec des PMA de telle manière qu'une meilleure compréhension des enjeux psychologiques puisse s'en dégager. C'est en ce sens que la question de la méthode est ici abordée, tout en espérant dénoncer le danger d'une banalisation de l'expérience qui évacuerait la parole au profit d'un pur geste de reproduction technique.

2.2.2 Une méthode pour garder la parole vivante

Dès l'amorce de cette recherche, la préservation du caractère dialogique des rencontres et le fait de garder vivante la parole des femmes étaient donc au cœur de mes préoccupations. Mais comment se doter d'une méthode au service de ces préoccupations? La pensée de Gadamer nous est ici rappelée par Jean Grondin :

Comprendre, ce n'est pas seulement, dominer, maîtriser et produire des « résultats » vérifiables qui soient indépendants de l'observateur (comme le commande l'éthos de la science moderne), c'est plutôt être pris par une interrogation et entrer dans un dialogue » (Grondin, 2003, p.82).

Comment donc éviter les écueils de l'idéal méthodique qui constitue néanmoins le paradigme dominant de la science moderne? La structure même de la recherche universitaire place la plupart du temps le chercheur dans une position extérieure à son objet de recherche ne serait-ce que par la terminologie fréquemment utilisée (participants, recrutement, cueillette de données, analyse). Ce vocabulaire emprunté au paradigme positiviste suggère une posture qui relève davantage de l'investigation. Or le chercheur est lui aussi pris par le tissu de l'existence, il n'échappe pas à la condition humaine qu'il interroge à travers sa recherche. L'idéal de la prétendue neutralité n'est donc pas visé ici puisqu'il évacuerait la personne du chercheur en tant que sujet prenant part au dialogue qu'il établit.

Comprendre un texte, c'est [...] être prêt à se laisser dire quelque chose par ce texte. Une conscience formée à l'herméneutique doit donc être ouverte d'emblée à l'altérité du texte. Mais une telle réceptivité ne présuppose ni une « neutralité » quant au fond, ni surtout l'effacement de soi-même, mais inclut l'appropriation qui fait ressortir les préconceptions du lecteur et les préjugés personnels (Gadamer, 1976, p.290).

Il importe ici de célébrer le caractère fondamental pour l'humain de l'interprétation et du dialogue sans pour autant basculer du côté d'un subjectivisme qui mettrait la voix, le désir et les présupposés du chercheur au premier plan plutôt que de laisser apparaître le vécu des femmes. Ce dernier défi demeure considérable alors que le chercheur est toujours personnellement engagé dans les rencontres de recherche et directement impliqué dans ce qu'il interroge.

Interpellé, il est, au contraire, toujours concerné, transformé et formé par le « sens » qui l'entraîne, un peu comme le fait un roman ou une œuvre musicale. Ses « données » sont toujours parlantes et sollicitent une réponse, que l'on appelle une interprétation (Grondin, 2003, p.83).

Il a déjà été suggéré combien le thème de la procréation médicalement assistée met en scène des enjeux intimes, propres à chacun (le désir d'enfant, la maternité, le deuil) renvoyant simultanément à des fondements existentiels (corporéité, temporalité, rapport à l'autre et à soi, rapport à l'origine, finitude). Conséquemment, la recherche se déployait déjà dans la sphère de l'existentialité et se prêtait d'emblée à un traitement selon l'approche herméneutique. « L'herméneutique n'est pas tant une méthode qu'une expérience. Elle est expérience de soi, de notre être qui interprète » (Quintin, 2005, p.23). Les données allaient donc être interprétées à travers un exercice d'écriture inspiré du cercle herméneutique, tel que l'a présenté Gadamer (1976). La posture herméneutique reconnaît la compréhension en tant qu'évènement ne pouvant survenir que dans la rencontre et le dialogue, dans l'altérité. Il ne s'agit pas de comprendre au sens de saisir le fonctionnement de quelque chose ou de décortiquer la structure d'un phénomène. L'angle adopté ici soutient qu'il n'y a pas de vérités universelles, mais plutôt des expériences singulières et concrètes, et c'est à ces expériences que le travail de thèse s'intéressera. Le récit est le lieu de l'humain, où il peut se dire, se raconter. De là, et dans le dialogue, il devient possible de s'appropriier son expérience, son histoire. Des niveaux de significations sont ainsi

révélés. C'est dans cet esprit qu'ont été rencontrées les femmes qui ont pris part à la recherche.

Le sens dont il est question ici, le sens que l'homme cherche dans son passé – dans ce que le passé a fait de lui et dans ce qu'il a fait à son tour de ces multiples passés accumulés dont il est fait-, ce sens n'est évidemment pas là tout cuit, donné une fois pour toutes, mais toujours à refaire, à retrouver (Hentsch, 2005, p.37).

Le sens ne s'en trouve pas ainsi « fabriqué » de toutes pièces par le chercheur ou le participant, pas plus qu'il n'est caché quelque part, attendant qu'on le découvre par une investigation en profondeur. Le sens est, oui, toujours déjà là, mais dans un mouvement qui est davantage de l'ordre de l'apparaître. Il se révèle dans le dialogue, nous saisit, dans ce que Quintin (2012) nomme un événement de sens. C'est dans la mise en mots dans le dialogue que se révèle le sens et que l'on peut se l'approprier ensuite dans un retour à soi. Le retour à soi implique donc nécessairement un « sortir de soi » (Gadamer, 1976), un mouvement ne menant jamais à une conclusion définitive. L'interprétation se fait à travers ce mouvement itératif en considérant toujours l'élément détaillé (les segments d'analyse) dans l'ensemble (le récit), mais aussi, à l'inverse, l'ensemble dans le détail.

Le chercheur est lui aussi pris par le caractère toujours situationnel de l'existence (qui se donne comme historicité) et interprète ainsi le monde selon sa situation, ses repères, et comme le dirait Gadamer (1976), sa précompréhension. La place du chercheur au sein de la recherche se traduit par une reconnaissance et une mise en lumière de ses présupposés, tout en sachant que ceux-ci ne lui sont pas entièrement accessibles.

C'est que la compréhension reste toujours portée par des préjugés dont elle ne s'avise pas toujours elle-même. Ici, il s'agit moins de devenir conscient des recouvrements de la tradition que des limites de la réflexion elle-même (Grondin, 2003, p.80).

Une recherche herméneutique en psychologie humaniste vise donc à éclairer un phénomène humain en préservant son ancrage dans l'existence concrète et singulière de chacun et en reconnaissant que c'est spécifiquement dans cet ancrage que le phénomène se donne à voir. Soulignons toutefois que le phénomène se révèle ainsi à un niveau individuel, mais également à un niveau collectif. Comme mentionné au chapitre précédent, penser la maternité c'est s'inscrire dans une tradition où le thème de l'enfant qui vient ou qui ne vient pas est depuis toujours très présent. Rappelons ici certains récits de la tradition judéo-chrétienne (Sarah, Rachel, Marie) qui marquent l'imaginaire de nos sociétés occidentales par l'histoire de ces femmes qui attendent un enfant avec joie (comme dans le cas de Marie qui apprend qu'elle porte le fils de Dieu) ou avec tristesse (comme dans le cas de Rachel, ou de Sarah qu'une intervention divine rendra finalement mère). Ces mythes viennent déjà nous parler d'un certain rapport à la maternité, à l'enfant à naître et à l'attente de ce dernier.

2.2.3 Rendre compte sans réduire

J'ai établi l'ancrage de cette recherche doctorale dans l'expérience vécue telle qu'elle se donne à vivre pour les femmes rencontrées dans leur existence située. J'ai également reconnu la complexité que revêt leur expérience. En considérant ces éléments comme le moteur de ma réflexion méthodologique, il est donc à propos de se demander ici comment rendre compte de cette complexité sans pour autant la réduire. Entreprendre une recherche c'est rencontrer une question qui nous interpelle

et y réfléchir. Ce que propose l'herméneutique est justement de ne pas expliquer, mais plutôt de comprendre; cheminer avec les mots des femmes et le sens qu'elles leur donnent. Il s'agit donc de garder la question vivante en la racontant bien plus qu'en tentant de lui répondre d'une manière qui se voudrait définitive et ferait de la vérité un absolu figé, en dehors du processus du dialogue dont elle émerge. Le mouvement interprétatif consiste justement à être porté par une question de recherche. Poser un regard particulier sur un thème qui a su capter notre intérêt, c'est déjà en penser et en dire quelque chose. Ricoeur (1965) affirme en effet que « dire quelque chose de quelque chose c'est, au sens complet et fort du mot, interpréter » (Ricoeur, 1965, p.32). L'homme est toujours médiatisé, par le langage, par le monde, par l'autre. Il n'a jamais accès directement à ce qui pourrait bien être une substance pure. L'interprétation est inhérente à l'existence ne serait ce que parce que nous nous exprimons avec des mots qui sont pris dans un réseau de signification. C'est donc cela que la méthode doit soutenir et non la quête d'une vérité absolue et objective.

S'inscrivant dans une perspective humaniste, cette étude cherche à faire naître de nouveaux regards et de nouvelles paroles sur les questions qui m'animent à partir d'une posture qui amène à voir et à penser autrement. Cet autrement émerge du sens, du vécu, du processus, et non de la cause, du résultat ou de la technique. Cette recherche ne prétend pas offrir de réponse définitive ou de certitude immuable. Elle est portée par le désir de raconter l'expérience des femmes rencontrées afin qu'un sens puisse émerger pour elles, pour les gens qui les entourent et les soutiennent et pour le personnel médical qui les accompagne durant les traitements. Afin de faire émerger quelque chose de nouveau qui puisse éventuellement ouvrir l'horizon de cette expérience. C'est en puisant dans le récit de ces femmes que je tenterai d'y parvenir, considérant le récit en tant que porteur de sens.

Le récit se suffit à lui-même. Il n'a d'autres exigences externes à respecter que celles, le cas échéant, de la censure et peut même se mettre en contradiction avec lui-même, pourvu qu'il suscite l'intérêt et donne au lecteur l'envie de le suivre. Sa liberté, nous le savons, a un prix : elle ne lui permet pas de prétendre à une place précise sur l'échelle de la vérité, quelle que puisse être à cet égard la conviction du narrateur. Mais c'est bien là, justement, que réside sa force. Une force redoutable qui pose l'inépuisable question de l'interprétation (Hentsch, 2005, p.30).

L'importance du récit des femmes, la reconnaissance que ce récit se déploie dans un dialogue, dans une rencontre Je-Tu où celui qui dit Tu « s'offre à une relation » (Buber, 1969, p.21), sont à la base de la question à l'étude et de la manière de l'aborder. Ces éléments ont guidé chacun des choix effectués au cours de cette recherche. La question qui m'a donc habitée sur le plan du « comment faire » a été la suivante : comment raconter l'expérience vécue de ces femmes? Cette question se pose en sachant que le récit s'enracine profondément dans le langage. Il participe d'un exercice de mise en mots, les mots étant ici compris comme symboles, et cet exercice se fait à deux, dans le dialogue. Le sens émerge ainsi des deux côtés, c'est-à-dire du côté de la femme qui, se racontant à une autre, découvre son récit et se le donne à elle-même, puis de mon côté qui, en recevant cette parole, en comprend quelque chose et le lui retourne. Le récit se forme ainsi pour la femme à mesure qu'elle le raconte et cela peut s'exemplifier très concrètement par une femme qui à la fin de l'entretien m'a dit qu'elle « ne s'attendait pas à dire tout ça », ou encore qui était très surprise d'avoir « formulé ça comme ça ». Ainsi, une part du récit les dépasse si bien que l'on pourrait dire qu'elles ne savaient pas déjà tout ce qu'elles allaient dire avant de le raconter. Ce faisant, l'entrevue elle-même était déjà une expérience de compréhension pour la participante puisque c'est en parlant à quelqu'un qu'elle en arrive à formuler ce qui l'habite. Ce questionnement mène à un positionnement particulier de la part du chercheur : comment incarner, à travers tout

le processus de recherche, un rapport à l'autre qui n'est pas orienté par le désir de savoir, mais bien de comprendre? La question se porte tout au long du processus de recherche et suppose par ailleurs l'acceptation d'une part d'ombre, de flou et d'incertain. Par contre, le sens peut émerger (pour les femmes et pour le lecteur de la recherche qui sera possiblement amené à accompagner des femmes en PMA).

2.3 Déroutement de la recherche

2.3.1 Poser les conditions du dialogue et recueillir la parole

Il importait de créer les conditions propices au dialogue dans le but de pouvoir, littéralement, aller à la rencontre des femmes et pour faire émerger l'envie de parler (et notamment l'envie de parler d'elles) dans un processus qui s'adresse beaucoup à leur corps, aux résultats biologiques, etc. Comment recueillir leur parole, puis comment poursuivre la rencontre dans la concrétude de l'analyse? Le choix a été fait de puiser dans différents lieux afin de s'approcher de leur expérience. Ainsi, ont été mis à contribution la lecture de blogues rédigés par des femmes en PMA, des entretiens avec des femmes ayant cessé les traitements de fertilité sans que ceux-ci aient abouti à la venue d'un enfant, puis le dialogue autour d'une photo que chaque femme devait prendre préalablement à notre rencontre.

Les blogues

Dans un premier temps, la lecture de blogues rédigés par des femmes traversant un parcours en PMA a été effectuée. Les récits narratifs virtuels que l'on retrouve dans les blogues constituent des lieux d'expression, de mise en mots où elles se racontent à travers la quête d'un autre, d'un lecteur virtuel à qui elles s'adressent. En faire la lecture avant de rencontrer les femmes a notamment permis d'être déjà habitée par la

parole, la pensée, et l'écriture de celles qui ont partagé leur expérience sur un blogue. Soulignons la richesse de ces contenus narratifs alors que la fréquence de la rédaction des blogueuses donne accès à l'expérience quotidienne et aux différents mouvements inhérents à chaque étape d'un parcours en PMA. Pour des raisons éthiques et de logistique notamment il serait difficile d'avoir accès autrement à des récits aussi spontanés et dégagés de ce que peut susciter le fait de répondre aux questions d'une recherche. La rédaction des blogues est initiée par les femmes au moment où elles ont envie d'écrire, d'où l'originalité et l'intérêt des blogues dans le cadre d'une recherche.

Il va sans dire que devant la multitude de blogues actifs sur le sujet, un choix s'est imposé. L'idée de départ était d'effectuer la sélection selon les mêmes critères que pour les participantes, soit de trouver des blogues rédigés par des femmes ayant cessé les traitements. À la suite d'une première exploration du matériel disponible sur le web, j'ai été forcée d'admettre que la plupart, voire presque la totalité des blogues actifs sont tenus par des femmes qui sont toujours en processus. Les blogues couvrant à la fois le processus et l'arrêt des traitements sans enfant semblent quasi inexistantes. Cela met en lumière le besoin de raconter pendant. Les critères de sélection des blogues ont donc été révisés et l'arrêt des traitements comme critère a été exclu. D'emblée, la fréquence de la rédaction s'est inscrite comme un critère majeur. Puis concrètement, quatre blogues ont été sélectionnés en fonction des critères suivants :

- a) la fréquence de la rédaction (au moins hebdomadaire)
- b) l'accessibilité; ne demandant pas d'inscription ou de mot de passe (pour des raisons de facilité éthique et de respect)
- c) être toujours ouvert et actif
- d) rédigé par des femmes sans enfant et en processus de PMA

e) en français

Afin de préserver l'anonymat des blogueuses ont été exclus les sites dont le contenu était protégé par la nécessité d'une inscription ou d'un mot de passe, ainsi que ceux dont les renseignements auraient permis d'identifier clairement l'auteure. Une première recherche a été effectuée avec les mots clés suivants : « blogue PMA », « blogue procréation médicalement assistée », « blogue procréation assistée », « blogue infertilité ». Un premier tri a été effectué sur la base d'une lecture en survol en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion du projet et à la suite duquel 19 blogues ont été retenus et consultés davantage en profondeur. De ces 19 blogues, 12 ont été exclus pour les raisons suivantes : la femme est actuellement enceinte ou a déjà un ou des enfants, le blogue est inexistant ou n'est plus actif, les billets ne traitent pas du thème de la PMA. Une lecture encore plus approfondie des sept blogues restants a été effectuée afin d'en sélectionner quatre. Lors de cette lecture, mon attention était attirée sur les éléments particuliers au parcours de chaque femme, mais également sur le style d'écriture, le niveau d'élaboration et l'aspect visuel du blogue qui ont influencé ma sélection. Par ailleurs, les blogues devaient avoir un contenu suffisamment volumineux afin d'offrir un récit soutenu, mais il fallait également demeurer réaliste quant à la charge de travail liée à la lecture et la relecture. Aux critères d'inclusion et d'exclusion présentés ci-dessus se sont ajoutés les critères de diversification suivants :

- a) âge de la femme
- b) Durée du parcours
- c) Cause de l'infertilité
- d) Type de récit

e) Nationalité de la femme

La sélection, la lecture et l'analyse de blogues ont amorcé la démarche de recherche et offert un premier contact avec un contenu narratif. Chacun des blogues a donc fait l'objet d'une première analyse en mode écriture afin de dégager des thématiques abordées. Ces éléments saillants ont inspiré la création du canevas d'entretien en vue des rencontres avec les femmes qui ont pris part à la recherche et seront pris en compte comme matériel avec lequel développer un dialogue dans la discussion de cette thèse.

Quatre blogues ont donc été sélectionnés et ont fait l'objet d'une analyse exploratoire dont les résultats seront présentés dans le chapitre suivant prévu à cet effet. Certains critères ont été établis afin d'obtenir un échantillon diversifié et relié à l'objectif de recherche. Cependant, la sélection finale, bien que basée sur les critères préétablis, relève d'un choix personnel et en ce sens, se justifie difficilement par des critères uniquement objectifs.

Les entretiens de recherche

Après un premier travail exploratoire effectué avec les blogues, des entretiens de recherche auprès de femmes ayant reçu plusieurs traitements et ayant cessé ces traitements sans avoir eu d'enfant ont été effectués sur un mode ouvert et dialogique. Ce projet de recherche s'est intéressé spécifiquement aux femmes en couple hétérosexuel ayant fait l'expérience de plusieurs fécondations in vitro et desquelles aucun enfant n'a été issu. Au départ, nous souhaitons que les femmes rencontrées aient traversé au moins trois cycles de fécondation in vitro. Ce nombre avait été

déterminé d'une part parce qu'il s'agissait du nombre de cycle couvert par le Programme québécois de procréation assistée encore en vigueur à ce moment et d'autre part parce qu'il implique la répétition de plusieurs cycles (et donc de plusieurs échecs), élément d'intérêt pour la recherche. Le nombre de cycles effectués comme critère a été remanié au cours du recrutement où plusieurs femmes qui souhaitaient prendre part à la recherche n'avaient fait que deux cycles. Ces cycles de FIV s'inscrivaient toutefois dans un long parcours où plusieurs inséminations avaient été tentées préalablement, et donc la notion de répétition des traitements infructueux demeurait. Nous avons donc décidé de considérer la participation de femmes qui avaient fait deux cycles de FIV ou plus. Par ailleurs, le Programme québécois de procréation assistée ayant été aboli durant notre propre processus de recherche, le nombre de trois cycles ne trouve désormais plus de résonance dans le contexte sociopolitique qui ne rembourse plus ce nombre précis de traitements.

Le fait de rencontrer des participantes ayant cessé les traitements se justifiait en premier lieu par l'objectif principal de recherche qui visait notamment la question de l'arrêt des traitements. De plus, afin de limiter la confusion possible entre l'entretien de recherche et l'accompagnement clinique ou « le soutien », parce que l'expérience directe de la FIV peut s'avérer délicate, il a été décidé que les participantes seraient rencontrées à la suite de l'arrêt des traitements. La dimension expérientielle et quotidienne de l'expérience a donc été abordée à travers le récit des femmes dans l'après-coup de l'expérience immédiate et a également pu être explorée à travers l'analyse des blogues qui en fournissent un récit riche et détaillé. L'analyse en profondeur de chaque cas demande du temps. Aussi, le nombre de participantes est généralement restreint.

Cinq femmes ont donc été sélectionnées sur la base d'une participation volontaire, selon les critères d'exclusion et d'inclusion suivants :

Critères d'inclusion

- a) Femmes ayant fait l'expérience de plusieurs cycles de FIV;
- b) Étant sans enfant biologique au terme de ces essais;
- c) Ayant été en couple hétérosexuel durant ces traitements;
- d) Ayant cessé les traitements;
- e) Parlant français.

Critères d'exclusion

- a) Femme ayant eu un ou plusieurs enfants avant les démarches en PMA;
- b) Recevant actuellement des traitements de PMA;
- c) Présentant une détresse psychologique actuelle.

Le recrutement s'est effectué par différents moyens, mais principalement par différentes plateformes virtuelles, lesquelles permettent de diffuser largement de l'information et de rejoindre plusieurs réseaux. Une annonce (annexe A) a donc été diffusée sur Facebook dans plusieurs groupes spécifiques liés à l'infertilité ou la procréation assistée, puis envoyée à une large liste de diffusion par courriel. Les gens étaient invités à diffuser l'annonce dans leurs réseaux. Cette même annonce a également été affichée sur différents babillards de l'Université du Québec à Montréal, ainsi que dans un studio de yoga. Les forums québécois destinés aux couples infertiles ont été utilisés en raison de leur lien direct avec la problématique de ce projet. L'annonce a donc été affichée sur le babillard virtuel de l'Association des couples infertiles du Québec (ACIQ) ainsi que sur la page de quatre groupes Facebook concernant l'infertilité, la procréation assistée, ou la vie sans enfant. Finalement, nous avons valorisé le « bouche-à-oreille » pour faire circuler l'information concernant le recrutement de ce projet de recherche.

L'annonce, ci jointe en annexe A, présentait de manière sommaire le sujet de la recherche. Les critères d'inclusion et d'exclusion y étaient énoncés. Les femmes intéressées étaient invitées à une première prise de contact soit par téléphone ou par courriel. Le premier contact téléphonique avait pour but de vérifier l'admissibilité à la recherche et, le cas échéant, de prendre rendez-vous pour une première rencontre.

Il me semble à la fois intéressant et pertinent de souligner ici la facilité avec laquelle j'ai pu trouver des femmes qui souhaitaient prendre part à la recherche. L'objectif de départ était de rencontrer quatre femmes, puis une cinquième s'est manifestée et nous avons convenu de la rencontrer également. De plus, environ dix femmes m'ont

contactée afin de participer au projet de recherche alors qu'elles ne correspondaient pas tout à fait à ce que nous recherchions. Parmi les motifs qui ont fait en sorte que je n'ai pu les inclure, deux ressortaient principalement : (1) elles avaient déjà un enfant, (2) elles recevaient des traitements de PMA au moment de me contacter et n'avaient pas le projet d'arrêter. Si nous avons dû faire le choix de s'en tenir aux objectifs de recherche et donc de limiter la participation aux femmes qui répondaient aux critères de sélection, cette manifestation de plusieurs personnes malgré leur non-correspondance avec la spécificité du sujet de la recherche soulève plusieurs réflexions. Soulignons d'abord la difficulté de circonscrire clairement, aux yeux des femmes, un sujet de recherche comme celui-ci. Il semble que l'expérience de la procréation assistée puisse relier et interpeller les femmes qui la traverse au-delà des distinctions entre le fait d'avoir eu ou non des enfants, ou d'avoir cessé ou non les traitements. L'on peut également émettre l'hypothèse d'un grand besoin de parler de son expérience, de raconter celle-ci, puis supposer le manque de lieux pour le faire. Enfin, ce besoin de parole se présente sans doute à différents moments du parcours, comme lors de la tentative d'avoir un deuxième enfant, ou avant que ne se prenne la décision de cesser les traitements. Ainsi la notion d'arrêt de traitement n'était déjà plus si claire ou ne se présentait pas de manière aussi délimitée que nous le pensions au départ.

Ainsi, cinq femmes ont donc été retenues pour participer aux entretiens de recherche. La recension des écrits de même que la lecture des blogues ont permis de mettre en saillance certains thèmes que nous souhaitions aborder lors des rencontres avec les femmes. Un canevas d'entretien (annexe C) a ainsi été développé préalablement aux entrevues. Celui-ci a été utilisé avec souplesse et flexibilité, à savoir que l'ordre des thèmes abordés était variable, que certaines questions pouvaient être contournées si le thème était abordé spontanément par la participante, et que je demeurais ouverte à

l'émergence d'autres thèmes. Ceci étant dit, les éléments constituant le canevas servaient d'ancrage et ont permis de relier les entretiens à l'objectif de recherche en ciblant certains éléments plus explicites de l'expérience. Il s'agissait donc d'entretiens semi-directifs menés sur un mode dialogique inspiré de l'entretien non directif.

Les entretiens ont donc été conduits afin de permettre l'abord de certains thèmes de manière plus élaborée et ainsi, de mener à une compréhension plus approfondie du phénomène à l'étude. Les entrevues étaient d'une durée variant de 60 à 90 minutes et se sont déroulées en un lieu choisi par la participante (domicile, local réservé à l'UQAM). Le lieu choisi devait offrir la discrétion nécessaire à une entrevue de recherche et permettre le respect de la confidentialité. Considérant le sujet abordé, il importait d'offrir l'espace nécessaire à chaque participante pour le déploiement de son récit. Un temps peut s'avérer nécessaire avant de plonger, pour ainsi dire, au cœur d'une expérience sensible, autant que l'établissement d'un lien de confiance avec la personne recevant cette expérience s'avère incontournable. Afin de répondre à ces éléments, chaque participante a été rencontrée à deux reprises.

Lors du contact téléphonique préliminaire, les femmes étaient invitées à prendre une photo représentant leur parcours en procréation assistée et à l'apporter avec elles à notre rencontre. La section suivante du chapitre aborde de manière plus extensive les raisons qui ont motivé le choix de ce médium de même que sa place dans le cadre de la recherche. Disons pour l'instant qu'il s'agissait d'utiliser la photo comme amorce à l'entretien initiale par une invitation simple et ouverte : « Parlez-moi de la photo que vous avez prise ». L'idée de la photo était également une façon d'offrir un tableau,

une image de leur parcours, comme quelque chose d'à la fois synthétique et de potentiellement symbolisant. La suite se déroulait sur un mode dialogique, visant à approfondir la compréhension de l'expérience vécue dans toute sa complexité. Le canevas (annexe C) a servi de guide pour conduire l'entretien, mais surtout pour couvrir certains thèmes plus spécifiques concernant l'objectif et les sous-objectifs de recherche. Les entretiens ont été menés à intervalle d'une ou deux semaines, selon les disponibilités de chaque femme rencontrée, à l'exception d'une participante pour qui les rencontres ont eu lieu à un mois d'intervalle. Le second entretien était amorcé par un retour sur l'entretien initial, et sur les réflexions de la participante à la suite de celui-ci.

J'ai effectué les entretiens auxquels je me suis préparée en tentant d'incarner de manière cohérente la posture préconisée dans le cadre de ma recherche. Ainsi, avant le premier entretien, un exercice de mise en lumière de mes présupposés a été fait. J'ai tenté, par la voie de l'écriture, de mettre sur papier mes connaissances préalables sur le sujet, ce que je m'attendais à entendre, mes préjugés et préconceptions, etc. Le but de cet exercice était de prendre conscience de mes présupposés afin de pouvoir les mettre entre parenthèses le temps des entretiens et de me rendre disponible à l'expérience de l'autre, de cette femme que je m'apprêtais à rencontrer. Après le premier entretien, des notes personnelles au sujet de mon ressenti étaient directement prises. Par la suite, j'ai réécouté l'entretien afin de préparer le second en soulignant ce sur quoi je souhaitais revenir. C'est ainsi que dans le cas des cinq femmes rencontrées, le premier entretien était plus ouvert et libre, et le second était un peu plus structuré ou dirigé. Il m'a également semblé que ce deuxième entretien, qui était également le dernier, se devait d'être un peu plus contenant. En effet, l'espace de parole procuré par le caractère ouvert du premier entretien a eu pour effet parfois de raviver des souvenirs plus douloureux ou alors d'ouvrir quelque chose qui avait été mis de côté

pendant un certain temps. Par exemple, une femme m'a dit qu'après notre première rencontre, il lui était arrivé de se sentir très triste et avec l'impression que quelque chose était remonté à la surface. Le second entretien qui visait à aborder des thèmes plus spécifiques a donc pris une forme plus semi-directive et cela a assuré, il me semble, une forme de contenance pour les vécus affectifs plus difficiles et éprouvants qui ont pu habiter les participantes. Il importe de préciser ici que bien qu'un canevas d'entretien ait été préalablement développé, les questions de relance, reformulations et interventions au cours de l'entretien relevaient d'un geste interprétatif, d'un échange qui était davantage de l'ordre de la conversation que de l'enquête. Finalement, afin de recueillir certaines informations plus spécifiques pouvant éventuellement offrir un portrait plus descriptif quant aux femmes rencontrées, un court questionnaire sociodémographique (annexe C) a été rempli à la fin du deuxième entretien.

En résumé et de manière plus concrète, les entretiens se sont déroulés comme suit :

Première entrevue

- a) Présentation du projet de recherche et signature du formulaire de consentement ;
- b) Début de l'entretien avec la photo comme amorce ;
- c) Entretien dialogique et guidé par le canevas ;
- d) Retour sur l'entrevue et l'expérience de raconter son parcours et fin.

Deuxième entrevue

- a) Retour sur le 1er entretien ;
- b) Début de l'entretien semi-structuré et guidé par le premier entretien ;
- c) Retour sur l'entrevue et sur la participation au projet de recherche ;
- d) Formulaire socio démographique ;
- e) Fin de l'entrevue.

Chaque entrevue a été enregistrée puis transcrite (verbatim). Dans le but de permettre une immersion dans les données et un contact différent avec celles-ci, j'ai effectué moi-même la transcription. Enfin, le travail d'écriture, pierre angulaire de l'analyse des données, a été amorcé autant par les notes personnelles prises autour des entretiens que par la transcription du verbatim de ces derniers.

La photo

Comme mentionné précédemment, lors de l'appel préalable à l'entretien, il était demandé à chaque participante de prendre une photo qui représentait, pour elle, son parcours en PMA. Elle était ensuite invitée à apporter cette photo lors de la première rencontre afin que cela serve de point de départ à l'entretien. La photographie représente une création artistique, mais aussi une représentation du monde ou d'un évènement. Elle véhicule de l'information, des affects ainsi qu'une réflexion quant à cette représentation ou à l'évènement dont il s'agit (Rose, 2007). La photo permet également d'illustrer ou de représenter autrement que par le langage, et donc de

transmettre les couleurs, l'ambiance, l'atmosphère, par exemple. Le fait de devoir prendre une photo en prévision de l'entrevue met déjà en marche le travail de mise en récit, pour ainsi dire. En fixant une image, en pensant à ce qui serait circonscrit sur la photo, la femme commençait déjà à se préparer pour l'entretien en se replongeant dans son expérience. Par ailleurs, et plus que tout, l'usage de la photographie comme amorce à l'entretien a permis à chaque participante d'aborder son récit d'où elle le souhaitait, de choisir son propre point de départ, c'est-à-dire qu'elle était invitée à parler librement de la photo. Aussi, l'image fait office de médium à travers lequel peut être abordée délicatement l'expérience sensible. En parlant de la photo, la participante parle d'elle, mais sans en parler directement, apportant ainsi une distance et permettant au récit de se déployer. Il y a également quelque chose de contenant, d'une certaine manière.

Ici, il ne s'agissait pas de se trouver devant une image à analyser de l'extérieur, mais bien dans l'expérience de la PMA de cette femme médiatisée par cette image. La photo a été choisie, car elle donne un ancrage à la parole, et met d'emblée en lien avec l'affectif et le vécu comme élément de la recherche. En parlant à partir d'une photo qu'elles avaient prise elles-mêmes, les femmes se trouvaient déjà engagées dans un récit, dans une forme de symbolisation de leur expérience. La parole s'étayait donc sur une expression de soi, concrétisée par cette image. Les blogues et la photo ont donc été au service du dialogue, permettant de dresser des ponts entre les femmes, leur expérience, et la chercheuse qui les rencontrait. Par ailleurs, ces conditions m'ont soutenue dans une posture dialogique où je pense avec les femmes et participe à l'exercice d'émergence du sens plutôt que de me trouver dans une position d'experte qui interprète sur le mode de la maîtrise. En effet, nous étions toutes les deux, la femme rencontrée et moi, devant la photo qu'elle me partageait.

Soulignons ici que l'exercice de la photo s'est déroulé de manière bien différente pour chaque femme. Les déclinaisons qu'ont pris cet exercice seront présentées plus amplement dans les chapitres portant sur l'interprétation des récits des femmes, mais disons néanmoins que seule la troisième participante a fait l'exercice de prendre effectivement un cliché photographique. La première n'a pas eu l'occasion de le faire, mais m'a parlé longuement de la photo qu'elle aurait souhaité prendre et de ce qu'elle avait en tête. La seconde a plutôt choisi de présenter un collage effectué à partir d'images trouvées sur Internet. La quatrième m'a montré une photo déjà existante dans un album personnel, puis la dernière a trouvé une photo déjà existante sur Internet. Cela me semble témoigner d'une appropriation personnelle de l'espace proposé par la recherche avant même que celle-ci commence. Le sens que l'exercice a pris pour chacune d'elle sera étayé dans une section prochaine.

De la lecture des blogues à la rencontre avec les femmes qui m'ont partagé leur récit et leurs images, beaucoup d'éléments ont été recueillis et sous différentes formes. Leurs interprétation et mise en lien ont demandé du temps et de l'espace, et c'est par la voie de l'écriture qu'il m'a semblé le plus cohérent d'aborder ce travail d'analyse.

2.4 Interprétation des récits

2.4.1 Poursuivre la rencontre dans la concrétude de l'analyse

C'est sur le mode de l'écriture (Paillé & Mucchielli, 2013) que les données ont été interprétées. Cette démarche d'analyse s'est pratiquement imposée, car elle permet de demeurer en cohérence avec la narrativité de la pensée et avec la place accordée au récit.

Ainsi, au lieu de créer des entités conceptuelles, de générer de codes ou tout autre moyen de réduction ou d'étiquetage des données, l'analyste va s'engager dans un travail délibéré d'écriture et de réécriture, sans autre moyen technique, qui va tenir lieu de reformulation, d'explicitation, d'interprétation ou de théorisation du matériau à l'étude » (Paillé & Mucchielli, 2013, p.184).

Plus concrètement, l'écriture a été abordée de trois manières. D'abord par la transcription des entretiens de recherche, ensuite par la tenue d'un journal de bord comme lieu d'expression d'un contenu plus personnel et réflexif, et enfin par la rédaction de textes interprétatifs tout au long de la fréquentation des blogues, de l'observation des photos et de la lecture des récits. Ces derniers textes rédigés à partir de la lecture des entretiens, de longueur et de style variables (parfois descriptifs, parfois associatifs) ont servi de lieu d'appropriation et d'exploration du récit de l'expérience des femmes. Ainsi, une première lecture annotée a été effectuée, suivie de la rédaction d'un texte plus littéraire ou poétique. Ce texte visait à éveiller les imaginaires suscités par le contenu de l'entretien et à m'engager directement dans le processus d'interprétation du récit. Il s'agissait là d'un exercice personnel qui procure un espace pour la rêverie, pour faire des associations librement et sur un mode plus créatif à la suite de la lecture des entretiens. Ce texte a ensuite été mis de côté pour procéder à une rédaction portant plus directement sur le récit des femmes. C'est là qu'a commencé le processus d'analyse en mode écriture où des textes de longueurs variables ont été rédigés. Sous forme de vignettes qui abordent différentes

thématiques saillantes, ces textes se voulaient un espace d'appropriation du récit. À mesure qu'ils se sont écrits, des ponts se sont tissés entre certaines idées et ont mené à rallier de courts textes ensemble et ainsi de suite jusqu'à la rédaction d'un texte plus global qui s'est approfondi au fil des réécritures. Le processus s'est donc fait en deux temps plus généraux, soit une première rédaction plus artistique, puis l'amorce de l'analyse en mode écriture des entretiens. Ce jeu entre deux types d'écriture a permis notamment une distinction entre la voix de la chercheuse et celle des femmes. Il est donc un espace plus exploratoire permettant de générer sans contrainte les idées émergentes à la suite des entretiens. Une fois cela fait, il devenait plus aisé de prendre conscience des différents éléments qui se présentaient : intuitions quant au récit, pistes d'interprétation et de réflexion, présupposés m'appartenant ou élément venant éveiller quelque chose de plus personnel. La recherche amène donc à faire soi-même l'expérience de la rencontre de l'altérité. Ne sachant pas d'avance ce qui émergerait des rencontres, une forme de surprise m'habitait et cette expérience s'est prolongée dans l'analyse elle-même qui demandait d'écrire, donc de prendre avec moi ces mots et ces textes.

En résumé, le projet dans son ensemble s'est déroulé en trois temps. D'abord, une première analyse des blogues en mode écriture a été effectuée afin d'en dégager des thèmes saillants. Le chapitre suivant de cette thèse est d'ailleurs consacré à la présentation du travail effectué à partir des blogues et des thèmes ayant émergé de celui-ci. À partir de cette première étape d'analyse, la grille d'entrevue a été créée, permettant ainsi la deuxième étape du projet, soit les rencontres avec les femmes dans le cadre d'entrevues semi-structurées. Finalement, et cela a constitué la troisième étape, l'interprétation des récits s'est poursuivie par la rédaction de textes sur les entrevues, les photos, puis de nouveau sur les blogues afin de revenir à l'ensemble du corpus de données.

L'interprétation du récit des femmes devait se faire au départ avec une vue d'ensemble et une perspective transversale du récit des cinq femmes. La première étape était néanmoins d'effectuer une analyse pour chaque participante (analyse intrasujet) afin d'ensuite les mettre en lien entre elles. C'est cette vue transversale qui aurait été présentée dans la thèse. Toutefois, en plongeant dans les récits individuels, il m'est apparu évident que la singularité de chaque expérience se devait d'être racontée. Il m'a semblé incontournable de présenter chaque femme, et de leur donner une place bien à elles dans l'ensemble de la thèse. Il a donc été décidé de présenter les résultats de l'analyse de chacune de femmes d'une manière qui s'inspire de brèves études de cas. Celles-ci ont ensuite été mises en lien dans une perspective plus globale afin de mettre en lumière certains éléments qui se rejoignent, s'opposent ou s'accordent d'une manière particulière et qui amène à mieux comprendre l'expérience de l'arrêt des traitements à partir de la voix singulière de ces femmes. Cette décision nourrit par ailleurs l'idée que la manière de mener une recherche est intriquée à la question de recherche et à sa visée. Cette thèse pose la question de l'arrêt des traitements de PMA sans qu'un enfant ait été conçu. Pour les femmes rencontrées, et cela sera présenté dans les sections ultérieures, la question de la place est revenue fréquemment. Quelle est la place d'une femme sans enfant ? Certes, cette question est vaste ; elle a une portée collective autant qu'elle résonne d'une manière singulière pour chacune des femmes que j'ai rencontrées parce que la réponse à cette question a été portée très différemment selon les femmes, voire au point de reprendre possiblement les traitements pour certaines. À la suite des réflexions soulevées par ce thème, il était pour moi incontournable de faire une place distincte au récit de chacune d'entre elles. Ainsi, l'écriture et la réécriture se sont effectuées pour chaque participante dans un premier temps. Puis dans une mise en lien de chacun de ces récits par la suite.

Paillé (2013) reconnaît la valeur créative de l'écriture en disant qu'elle « permet plus que tout autre moyen de faire émerger directement le sens. Elle libère des contraintes propres aux stratégies axées sur le repérage et la classification des unités de signification du matériau analysé » (Paillé & Mucchielli, 2013, p.188). En ce sens, van Manen (1989, 2006) avance qu'au-delà du moyen de communication qu'elle constitue, l'écriture est indissociable de l'analyse qualitative. Il m'a semblé qu'utiliser l'écriture de manière radicale comme unique moyen d'analyse répondait à mon souci de demeurer en cohérence avec la narrativité de la pensée, et permettait de poursuivre la rencontre au-delà des entretiens de recherche. Chemin sinueux bien plus que trajet droit tracé, il faut en convenir, c'est ce sentier que j'ai choisi d'emprunter.

2.4.2 La voie de l'écriture

L'écriture en tant que moyen a été privilégiée, car elle constitue en elle-même un geste interprétatif, lequel s'inscrit de manière cohérente dans la perspective de la recherche effectuée. Van Manen (2006) décrit bien que l'écriture en analyse qualitative n'est pas un simple geste de communication au cours duquel les idées prennent forme dans la tête du chercheur pour être ensuite rédigées sur papier. La réflexion s'élabore à mesure que les mots se couchent sur la page. Ainsi, l'écriture est partie prenante du processus bien plus qu'elle ne survient dans un après-coup de l'analyse. C'est dans le processus même de l'écriture et par l'écriture que l'interprétation a lieu; l'analyse ne précède pas l'écriture, elle lui est concomitante.

Écrire, c'est d'abord et avant tout s'adresser à un Autre, qui est à l'extérieur ou à l'intérieur de soi. C'est chercher la rencontre de l'altérité par le biais d'un texte qui se crée et qui souvent nous dépasse. Écrire, c'est se rencontrer dans sa propre finitude

alors que les mots ne veulent jamais dire exactement ce que l'on voudrait dire, alors que les phrases ne se forment jamais précisément comme on le souhaiterait. Nous sommes confrontés à cette limite qui est celle de s'exprimer dans une langue imparfaite nous ayant été transmise. Cette limite s'avère néanmoins constitutive d'une liberté. Elle nous permet d'entrer en jeu – puisque c'est nous qui choisissons les mots-, elle ouvre la voie à un potentiel créateur. En écrivant, en ayant recours au langage, je me trouve toujours déjà impliquée dans la recherche, dans ce que je propose, dans ce que j'écris. Cela n'étant jamais fini, il reste toujours à dire, à redire, à comprendre et à comprendre à nouveau.

Si l'écriture nous dépasse parfois, si du nouveau émerge lors de la rédaction, c'est peut-être parce qu'elle implique la rencontre de l'altérité. Comment l'écriture se déploie-t-elle comme lieu permettant de rencontrer l'autre? Dans un article sur le sujet, Max van Manen (1989) présente l'écriture à la fois comme lieu de distanciation et de réunion, notamment sur deux plans. D'abord, « l'écriture nous sépare de ce que nous savons et nous unit aussi plus étroitement à ce que nous savons » (van Manen, 1989, p.28, traduction libre). En effet, en écrivant, nous nous séparons en quelque sorte. Ce que l'on sait, ce que l'on croit savoir se trouve alors hors de nous, sur la page. Une sorte de césure s'impose alors que nous mettons à distance ces idées que nous portons. Puis, en même temps, et c'est là le propos de van Manen, le texte qui se déploie sous nos yeux est comme un miroir nous reflétant le savoir qui nous habite et que nous exprimons. Alors que l'écriture se fait à propos d'un récit, c'est l'autre que nous rencontrons à travers cet exercice, et ce que nous avons compris de lui. Dans une perspective herméneutique où le sujet ne peut se détenir lui-même (c'est-à-dire que sa conscience ne lui est pas directement accessible entièrement) (Ricoeur, 1965), cette compréhension nouvelle ne peut qu'être le fruit d'un détour par l'extérieur, par l'autre, par le langage, ici notamment par l'acte d'écrire.

Ensuite, « l'écriture nous éloigne du monde vécu et nous attire encore plus près du monde vécu » (van Manen, 1989, p.29, traduction libre). En parlant, en mettant en mot son expérience, on se l'approprie, on se donne à soi son récit. Et en même temps, paradoxalement, on perd quelque chose de l'immédiateté de l'expérience elle-même. En parler c'est déjà ne plus y être directement. À travers l'écriture, on s'éloigne de l'expérience vécue des femmes, d'une certaine manière, c'est-à-dire qu'il y a déjà un pas de fait à distance. Or c'est également par ce chemin de l'écriture qu'il est possible de rencontrer cette expérience, de la côtoyer d'encore plus près. C'est en se mettant soi-même aussi en jeu par la tentative de rapprochement symbolique qu'est le dialogue, que la possibilité de se laisser traverser par la parole de ces femmes émerge. Dans le cas de la distanciation comme dans le cas du rapprochement, il y a l'acceptation d'une perte. D'une part celle de la fusion avec ce qui est vécu, du fantasme de tout saisir, car justement on est dans l'après-coup alors qu'il faut en parler, et d'autre part celle de ne jamais réussir à dire complètement ce que l'on aimerait dire. Cette dernière est inhérente au langage puisque les mots ne traduiront jamais parfaitement la fulgurance de l'expérience immédiate. Enfin, le processus de l'écriture permet le passage de l'expérience directe à l'avènement du comprendre, mettant en lumière que la compréhension n'est jamais complètement achevée.

L'idée d'une distance comprise comme limite active qui invite au dialogue, qui sépare et unit à la fois, n'est pas sans évoquer la métaphore du seuil présenté par Jager (1996). Le seuil se présente en effet comme une limite structurante permettant la relation, la rencontre et rendant le monde habitable. Jager (1996) suggère que sans seuil, il n'y a pas de relation possible, car il n'y a pas de distance entre soi et l'autre. Sans seuil, le rapport entre soi et autrui ne peut qu'avoir lieu sous le signe de la fusion

ou de la visée de maîtrise abolissant ainsi toute possibilité de dialogue. Une distance est nécessaire pour que chacun soit reconnu, pour permettre à quelque chose de circuler, entre le vécu et le partage avec l'autre. Cette pensée m'a inspirée en tant que chercheuse qui espère transmettre quelque chose d'un sens, traduire une parole pour qu'elle puisse voyager, être entendue et rencontrée.

L'écriture peut être comprise comme un espace au potentiel dialogique (visant à faire entendre et à faire résonner) plutôt que comme un outil qui permettrait de s'appropriier la parole de l'autre au sens de vouloir la saisir et la maîtriser. En permettant de se distancier de l'autre et de son récit, autant que de soi-même, elle permet de rencontrer l'autre et de se rencontrer, justement. Elle oblige le chercheur à se laisser porter par une parole qui n'est pas la sienne, mais qui nécessairement l'ébranle, éveille en lui quelque chose, suscite une parole en retour. Et c'est là que l'interprétation a lieu et qu'elle trouve peut-être toute sa valeur. Parce qu'une parole circule de personne à personne, parce qu'elle veut s'adresser à quelqu'un et que quelqu'un répond.

J'aurais finalement tendance à dire que l'interprétation vaut par l'ébullition – joie ou inquiétude – qu'elle déclenche, par le pouvoir de révélation qu'elle exerce ou par l'émoi qu'elle jette chez autrui : quelque chose s'éclaire qui jusqu'alors était dans l'ombre; quelque chose s'assombrit ou se nuance de ce qui paraissait sans nuage. Rien de moins, rien de plus (Hentsch, 2005, p.31)

Peut-être devient-il alors possible, par l'écriture, de rendre à la recherche son caractère narratif et de s'engager dans l'émergence d'un récit. C'est du moins ce que j'ai tenté de faire, avec les limites que cela comporte et qui seront présentées en conclusion de cette thèse. Voyons maintenant comment ont été abordées les considérations éthiques de la recherche.

2.5 Considérations éthiques

2.5.1 Considérations générales

Il m'importe de préciser que ce projet de recherche s'inscrit dans une reconnaissance des difficultés psychologiques inhérentes aux démarches en PMA et vise, par une meilleure compréhension du vécu, à proposer des pistes d'accompagnement aux femmes concernées. Ce faisant, et considérant la délicatesse des questions éthiques soulevées, il ne s'agit pas de se positionner « pour » ou « contre » les PMA, mais de penser la question afin d'en saisir la teneur et les implications psychologiques et existentielles. Suivant cela, le principe de respect de la personne chapeautera et guidera cette recherche. Tel qu'élaboré au long de ce document, l'expérience de l'infertilité, de la PMA et d'une vie sans enfants est un thème sensible. Cette considération a guidé ma réflexion depuis l'élaboration de l'objectif de recherche, et pour l'ensemble de l'articulation de ce projet. D'abord, par le recrutement, j'ai veillé à ce que le choix de participer à cette étude soit fait de manière libre, éclairée et autonome. Un critère d'exclusion a été déterminé afin de tenter d'éviter la participation de certaines personnes présentant une détresse psychologique aiguë et actuelle et pour qui l'élaboration autour de ces thèmes aurait pu être trop douloureuse et dépasser le cadre d'un entretien de recherche. L'utilisation de la photo s'inscrit également dans un souci de respecter le rythme de dévoilement des participantes. Cela leur a permis de choisir d'où elles abordaient ce thème et d'en parler via un médium, d'où le choix possible d'une bonne distance avec un contenu qui serait trop éprouvant. Aussi, j'ai effectué la collecte de données après avoir complété mon premier stage d'évaluation au Centre de services psychologiques de l'Université du Québec à Montréal. Ceci m'a permis d'aborder les entretiens de recherche avec une

expérience clinique qui m'a donné davantage d'outils afin de pouvoir contenir l'expression d'un vécu difficile. Ma sensibilité s'en est vue aiguillée et j'ai senti que cet élément supplémentaire à ma formation m'a permis de composer avec les diverses situations qui se sont présentées. Finalement, une feuille de ressources psychologiques a été remise à chacune des participantes.

Bien que cette recherche vise la production de savoirs qui auront, le souhaite-t-on, des retombées positives sur un ensemble de gens (le femmes en PMA, le personnel soignant, accompagnants, notamment), le bien de la personne a toujours d'abord été considéré. Les moyens concrets ci-dessous présentés explicitent ce propos.

2.5.2 Consentement des participantes

L'obtention d'un consentement éclairé était requise avant de procéder à la première entrevue. Le projet de recherche a alors été présenté et expliqué à la participante en exposant notamment les risques et bénéfices potentiels inhérents à sa participation. Elle a été informée de son droit de retrait à tout moment. La signature du formulaire de consentement (en annexe B) marquait la condition nécessaire au début du premier entretien.

Les blogues dont l'accessibilité n'est pas restreinte constituent un matériel public et non protégé. Toutefois, certaines mesures ont été prises afin de préserver l'anonymat des blogueuses (déjà préservée par leur utilisation d'un pseudonyme). En ce sens, les

blogues ne sont pas nommés de manière explicite, puis certaines informations sont maquillées.

2.5.3 Droit de retrait

Chaque participante a été informée du fait qu'il lui était possible de se retirer à tout moment du projet de recherche. Le cas échéant, les données recueillies auraient été détruites et n'auraient dorénavant plus fait partie du corpus de données : elles n'auraient pas été analysées ni considérées dans la recherche.

2.5.4 Évaluation des risques et bénéfices

Les bénéfices liés à la participation à la recherche se déclinent comme suit. Les femmes se sont vues offrir un espace de parole permettant l'exploration et le récit de leur expérience, ce qui en soi, peut être bénéfique. Par leur participation, elles ont contribué à augmenter les savoirs sur le vécu des femmes en PMA et de cela elles pourront tirer, peut-être, une certaine gratification. Par ma participation à différents congrès et par la production d'articles, les connaissances qui émergeront de ce projet seront diffusées. Ces retombées se voudront une manière de rendre aux femmes le fruit de leur participation.

Parmi les risques se trouve la difficulté possible d'évoquer ainsi un souvenir ou un vécu douloureux. Certains éléments couverts lors de l'entretien pouvaient ainsi concerner des aspects très intimes de la vie de la femme et générer un certain inconfort. Plusieurs moyens pour pallier ces inconforts possibles ont été nommés précédemment. Soulignons que les entretiens ont été abordés avec ouverture et en

misant sur une qualité d'écoute clinique. Aussi, une feuille de ressources psychologiques a été remise à chacune des participantes.

2.5.5 Confidentialité

Les bénéfices liés à la participation à la recherche se déclinent comme suit. Les femmes se sont vues offrir un espace de parole permettant l'exploration et le récit de leur expérience, ce qui en soi, peut être bénéfique. Par leur participation, elles ont contribué à augmenter les savoirs sur le vécu des femmes en PMA et de cela elles pourront tirer, peut-être, une certaine gratification. Par ma participation à différents congrès et par la production d'articles, les connaissances qui émergeront de ce projet seront diffusées. Ces retombées se voudront une manière de rendre aux femmes le fruit de leur participation.

2.6 Notes personnelles et conclusion du chapitre

Je souhaite conclure ce chapitre par une réflexion plus personnelle relevant certains défis propres à la démarche préconisée dans le cadre de cette recherche. En effet, l'analyse en mode écriture a soulevé certains enjeux, plus particulièrement à deux niveaux. D'abord, en ce qui concerne l'application et le déroulement de l'analyse par écriture, soulevons le peu de balises claires et concrètes offertes par cette démarche. Conséquemment, il peut être facile de s'y perdre ou avoir l'impression d'être dans un flou. J'ai eu parfois le sentiment de devoir trouver une forme d'équilibre entre une écriture très libre, presque littéraire, puis une écriture plus « scolaire » qui cherchait à répondre aux exigences académiques ainsi qu'aux objectifs de la recherche. Afin de pallier l'inconfort que ceci a pu susciter, j'ai eu recours à divers moyens. D'abord, la tenue d'un journal de bord m'a permis d'avoir un lieu d'écriture plus personnel où je

pouvais explorer sans égard toute contrainte (fantasmée ou réelle). Ensuite, les rencontres fréquentes avec ma directrice de thèse ont été d'un grand soutien. Le fait de me faire lire fréquemment et d'avoir l'espace pour en discuter m'a permis d'avoir un recul sur ce que j'écrivais. Il en va de même pour des rencontres organisées avec une collègue avec qui j'ai pu collaborer tout au long de l'élaboration de la thèse. Enfin, le fait de faire dans un second temps une forme de tri dans le matériel rédigé afin de me centrer sur ce qui avait été établi comme objectifs de recherche a pu donner une forme à mon travail. En m'inspirant des travaux de Max Van Manen, j'ai pu cerner les thèmes qui m'apparaissaient comme essentiels et qui sont en fait les enjeux existentiels auxquels les femmes ont été confrontées au cours de leur parcours.

À un niveau plus personnel, l'exercice interprétatif inhérent à l'analyse en mode écriture demande au chercheur de se mettre en jeu personnellement avec ce que cela suppose d'abandon, de tolérance à l'incertitude et de capacité à se laisser surprendre. Dans le cas de la recherche présentée, cela implique aussi une résonance dans le fait d'être moi-même une femme, une mère, ainsi qu'un écho à mon rapport personnel à la procréation assistée. Le défi réside probablement dans la quête de l'équilibre entre laisser résonner la parole de l'autre en soi, se laisser toucher, puis rendre quelque chose de cette parole qui n'est pas uniquement teintée de ce qui est éveillé personnellement chez soi. De là l'importance d'être vigilant quant à ses présupposés et de les reconnaître. D'où la place majeure qu'il faut accorder à la réflexivité, soit la capacité d'effectuer ce partage entre ce qui vient de soi et ce qui vient de l'autre, sachant que nous sommes toujours ce tissage entre soi et l'autre et que la richesse d'un récit vient du fait qu'il s'est construit en dialogue. À travers ma rencontre avec les femmes, j'ai également été confrontée à la réaction de certaines de me savoir mère. Bien que je n'aie pas mentionné d'emblée cette information, je pense à une femme qui m'a questionnée à ce sujet, alors que je quittais sa demeure à la fin de l'entrevue.

Bien que nous ayons pu en dire quelque chose, j'ai eu à reconnaître ce qui émergeait en moi à la suite de cette question ainsi que de ma réponse. J'ai pu notamment constater combien il m'était difficile de me sentir légitimée de parler d'un tel sujet, moi qui n'étais pas une « femme sans enfant ». Ce dernier aspect fera d'ailleurs l'objet d'une réflexion plus approfondie dans la discussion de cette thèse.

Il me semble par ailleurs nécessaire de reconnaître que ce que j'aurai rendu de la parole des femmes sera incomplet, tout comme leurs récits seront transformés par l'interprétation que j'en aurai faite. À plusieurs moments du processus, j'ai eu le sentiment que traduire leurs récits les trahissait, en quelque sorte, comme si je m'imposais l'exigence que mes propos soient complètement fidèles aux leurs. D'une part, cela est évidemment impossible. D'autre part, quel est le rôle d'une recherche interprétative sinon d'introduire un mouvement dans la parole, de faire apparaître ce qui n'a pas été nommé de façon explicite et qui soit potentiellement porteur de sens?

En guise de conclusion, rappelons les éléments qui ont, dans l'ordre, constitué la démarche de recherche pour cette thèse doctorale. En un premier temps, une lecture des écrits sur le sujet principal de la recherche a été effectuée afin de puiser dans différents courants de pensée pouvant soutenir l'élaboration de ma propre réflexion. Le compte rendu de ces lectures a été partagé au premier chapitre de cette thèse. Ensuite, la lecture et l'interprétation de quatre blogues rédigés par des femmes en processus de procréation assistée ont été faites. Cette partie du travail se voulait une démarche exploratoire permettant de me mettre en contact avec l'expérience de ces femmes à travers leur écriture. Il s'agissait pour moi de faire ressortir les thèmes saillants qui allaient m'orienter lors des entretiens. À la suite de la lecture des blogues, un travail d'écriture tel que décrit précédemment a été effectué. Je me suis appuyée

sur les thèmes importants ressortant de cette analyse afin de créer le canevas d'entretien. Des entretiens ont eu lieu auprès de cinq femmes qui avaient cessé les traitements de FIV sans avoir eu d'enfant. Deux rencontres de 60 à 90 minutes étaient prévues avec chacune d'elle. Ces rencontres étaient menées de manière souple tout en tentant de couvrir les thèmes figurants au canevas. Le premier entretien s'amorçait sur une photo que chaque femme était appelée à prendre avant la première rencontre, image qui devait représenter leur parcours en PMA. Comme suite aux entretiens, les entrevues ont été écoutées, puis retranscrites. Une lecture et un travail d'écriture inspirée de la méthode d'analyse en mode écriture de Paillé et Mucchielli (Paillé & Mucchielli, 2013) et des travaux de Van Manen (van Manen, 2006) ont ensuite été faits, permettant l'élaboration des idées propres à cette thèse. Avant d'aborder la seconde partie de la thèse, laquelle est constituée du fruit des analyses de ces entretiens et de la discussion, voyons maintenant le résultat du travail d'interprétation des blogues qui aura servi d'exploration préalable à la rencontre avec les femmes ayant pris part à la recherche.

CHAPITRE III

L'EXPÉRIENCE VIRTUELLEMENT RACONTÉE : LES BLOGUES

3.1 Introduction

Préalablement à la rencontre des femmes, un travail exploratoire a donc été effectué par la lecture de blogues. Les étapes concrètes de la réalisation de ce travail ont été présentées dans le chapitre précédent, aussi ce troisième chapitre se dédiera à en présenter le résultat. La lecture des blogues avait pour but d'effectuer une première exploration des enjeux racontés par les femmes ayant recours à la procréation assistée afin d'orienter les entretiens qui allaient avoir lieu par la suite. Cette lecture a donc permis l'approfondissement d'un travail préliminaire de réflexion et les retombées concrètes de cet exercice ont été de trois ordres. D'abord, la lecture des blogues a fait l'objet d'un travail d'interprétation par l'écriture (méthode d'analyse décrite dans le chapitre précédent) lequel a abouti à la rédaction d'un article rendant compte de ce travail (Boissonneault C., Vinit, F., 2016). Ensuite, ce travail d'interprétation a permis de dégager des thèmes qui semblaient centraux à l'expérience des femmes et que nous avons eu envie d'explorer lors des entretiens. En a découlé l'élaboration du canevas ayant servi de guide aux entretiens de recherche. Enfin, et surtout, la lecture des blogues m'a permis une mise en contact avec l'expérience des femmes rédigeant les blogues et d'être ainsi habitée par ces paroles lors des rencontres subséquentes

avec les femmes ayant pris part à la recherche. Le travail sur les blogues peut être considéré comme appartenant au cadre théorique de la thèse; à l'instar de la recension des écrits, les récits virtuels ont servi de matériel permettant d'étayer ma pensée préalablement aux rencontres avec les femmes. Toutefois, ce travail résulte également d'un processus d'analyse de ma part, lequel sera repris dans la discussion de cette thèse et en ce sens, il peut s'inscrire dans ce que l'on pourrait nommer les « résultats » de la thèse. Pour assurer une cohérence dans le travail et afin de bien circonscrire chaque élément constituant la thèse, je situe ici le travail des blogues comme un pont entre les deux parties principales de la thèse, signifiant par ailleurs que chacun des chapitres peut être compris comme un interstice entre les différents aspects de ce travail. Par ailleurs, j'aimerais souligner ici l'immense quantité de matériel que représentent quatre blogues. Les voies d'interprétation et d'analyse de ce contenu pourraient être fort nombreuses et dépasser amplement ce qui en sera présenté dans le cadre de cette thèse! Certaines balises ont donc été posées afin de maintenir le travail dans un espace circonscrit et permettant à la réflexion de s'approfondir plutôt que de se perdre. En ce sens, rappelons ici le statut du travail exploratoire sur les blogues dans le cadre de cette thèse. Il s'agissait donc d'effectuer une lecture orientée d'une part par les objectifs de la thèse, mais également par ce qui pourrait m'apparaître comme étant marquant en matière de thématiques abordées ou de contenu. Ce travail se voulait donc une immersion avec un contenu narratif sur l'expérience de la PMA et ne constitue pas une analyse en profondeur de ce contenu, mais plutôt une lecture exploratoire m'ayant permis de dégager certains thèmes importants tout en poussant plus loin ma réflexion en vue des entretiens de recherche. Ce chapitre se déclinera donc en trois sections principales : la première présentera un bref état des lieux concernant le phénomène même des blogues et leur pertinence pour la recherche et pour une réflexion plus large, la seconde section présentera le fruit du travail d'interprétation et d'écriture sur les blogues, puis la troisième et dernière section prendra la forme d'une conclusion en situant le travail sur les blogues dans le cadre de la présente recherche et en soulevant les apports concrets.

3.2 Blogues et procréation médicalement assistée

Les blogues et les réseaux sociaux constituent des lieux de parole et d'expression. Les forums, notamment, sont un espace où les femmes peuvent obtenir soutien et informations, mais aussi s'exprimer en se sentant comprises par des femmes ayant un vécu semblable (Kaliarnta, 2011). La grande utilisation des communautés virtuelles dédiées aux femmes recevant des traitements de FIV témoigne d'un besoin de communiquer avec d'autres femmes vivant « la même chose » et laisse présager la difficulté à trouver réconfort dans leur réseau social. En effet, comme c'est souvent le cas en situation de souffrance, plusieurs femmes ont peine à obtenir une réponse appropriée de l'entourage (Isupova, 2011). En regroupant des gens pouvant partager une expérience semblable, ces lieux de discussions sur Internet offrirait donc la possibilité d'avoir une réponse plus appropriée à la souffrance vécue, ou au moins un espace pour la dire et qu'elle puisse être entendue. Un autre avantage souligné est celui de l'anonymat préservé par l'usage de pseudonymes, notamment. Les utilisatrices semblent apprécier cet élément qui permettrait une expression de soi libre et sans censure (Kaliarnta, 2011). Si certaines recherches présentent ces éléments positifs, certains aspects négatifs sont également soulignés. Particulièrement, le regroupement de ces femmes sur la base de leur expérience commune à l'intérieur de ces lieux virtuels présente le danger de la création d'un « nous » versus « eux » (ceux qui ne vivent pas le parcours en PMA). Cette coupure du monde des « autres qui ne peuvent comprendre » peut nourrir d'une certaine manière l'isolement dans lequel sont plongées ces femmes (Isupova, 2011). Parallèlement, ils peuvent également permettre de tolérer davantage l'ambivalence à l'égard de ces « autres femmes ». Ainsi, il y a lieu de s'interroger quant au sens de l'émergence de ces lieux de

conversation ou d'expression de soi. À quoi répondent-ils qui n'a pas été pris en compte ailleurs dans le social ? De quoi sont-ils le symptôme ?

Il faut néanmoins reconnaître que les médias virtuels et réseaux sociaux ont une forte présence dans la société actuelle et que les blogues existent dans différentes problématiques de santé (endométriose, maladies auto-immunes, cancer, etc.). Alors que les femmes s'expriment sur les réseaux sociaux et se créent ainsi une communauté virtuelle, certains milieux de soins développent également leur utilisation de ces nouvelles voies de communication. C'est le cas d'un hôpital des Pays-Bas qui a même mis en place une base de données virtuelle où chaque patiente a accès à son dossier et à une foule d'informations, notamment dans le but de favoriser l'autonomie des patientes. L'accès à un forum de discussion permettant de communiquer avec d'autres patientes et avec un médecin est également disponible. Cette pratique vise à favoriser l'empowerment des femmes recevant les traitements. La mesure du nombre de visites du site a permis de constater une augmentation très marquée du service après le transfert d'embryon (Wouter et al, 2009), étape où les femmes vivent habituellement un niveau de stress très élevé (Boivin et al, 1998 dans Wouter et al, 2009).

La rédaction d'un blogue témoigne également d'un besoin d'expression, de témoignage de son expérience. Autre possibilité offerte par le web, « les blogues inaugurent d'autres manières de chercher « l'absent », de lui faire signe, de l'attendre, d'être reconnu par lui » (Lombard, 2006, p.131). Ainsi, l'écriture du blogue permet-elle de mettre en mots l'expérience vécue en PMA, de la raconter, et d'ainsi l'intégrer dans une narration constitutive de l'identité de la femme. Ricoeur a amplement pensé

l'importance de la mise en récit dans la constitution de l'identité : « (...) Individu et communauté se constituent dans leur identité en recevant tels récits qui deviennent pour l'un comme pour l'autre leur histoire effective » (Ricoeur, 1985, p.444). Comme le propose Ricoeur (1994), la souffrance affecte cette capacité à se dire et l'une des modalités du souffrir réside en ces « atteintes portées à la fonction du récit dans la constitution de l'identité personnelle » (Ricoeur, 1994, p.3). Il est de ces situations de l'existence qui nous laissent sans mot, qui entraînent une souffrance telle que le fil narratif est rompu. Or, l'humain a fondamentalement besoin de sens, de partage, de narration. La lecture du contenu des blogues donne accès à l'expression du vécu de ces femmes et peut permettre au lecteur de mieux comprendre celui-ci. En ce sens, la prochaine section propose ainsi de témoigner de l'expérience de femmes dont le blogue a été lu. À partir de la lecture approfondie et d'un travail d'analyse interprétative et exploratoire de quatre blogues rédigés par des femmes en processus de procréation assistée, certains thèmes saillants de cette expérience ont pu être dégagés. Voici donc le fruit de ce travail.

3.3 Récits virtuels de femmes en procréation assistée

3.3.1 Introduction

C'est à travers la lecture de blogues, récits narratifs virtuels, que je suis allée à la rencontre de femmes ayant fait l'expérience de la procréation médicalement assistée. Bien que les étapes concrètes de ce travail ont été décrites de façon détaillée au chapitre précédent, rappelons-en ici les principaux éléments. D'abord, la sélection de quatre blogues s'est effectuée sur la base de critères préétablis : (1) être rédigés en français (2) par des femmes sans enfants en processus de procréation assistée (3) être

ouverts, actifs et accessibles (n'exigeant pas de mots de passe ou de création d'un compte) (4) avoir une fréquence de rédaction au moins hebdomadaire. Devant la multitude de blogues actifs répondant à ses critères, le choix final s'est également appuyé sur les critères de diversification suivants : (1) âge de la femme (2) durée du parcours (3) cause de l'infertilité (4) type de récit, style d'écriture (5) nationalité de la femme. Chacun des blogues a donc été lu en entier puis a fait l'objet d'un travail d'analyse par l'écriture telle que présentée au chapitre précédent. Plus concrètement, j'ai rédigé de courts textes interprétatifs à partir des thèmes qui m'apparaissaient saillants à la suite de la lecture des blogues. Chacun de ces textes a été relu puis retravaillé et réécrit dans l'optique d'y ajouter une perspective transversale, puis un texte plus long et englobant a été rédigé afin d'effectuer une mise en lien des idées ayant émergé de ce travail.

Davantage que le récit quotidien des parcours en clinique de fertilité, c'est une véritable histoire qui s'est révélée à moi, une histoire de deuils, et de limites. « Moi qui croyais que la médecine, la PMA, pouvait venir à bout de nos corps infertiles », écrit Édith sur son blogue. Cet extrait résonne particulièrement avec l'idée que les technosciences puissent être porteuses de fantasmes de toute-puissance. Par ailleurs, il semble que cela puisse souligner que les thèmes de la limite, du corps, et du rapport à la technique semblent émerger du récit des femmes. Voici donc une synthèse des thèmes que le travail d'interprétation des blogues a permis de dégager.

3.3.2 Le corps conjugué au temps vécu

À la lecture des blogues, il m'est apparu que le thème du corps était très présent. Il semblait s'articuler de différentes manières et l'un des premiers angles m'a semblé

être celui de son articulation avec le temps. J'ai regroupé cette articulation du corps et du temps en trois éléments: d'abord le temps de l'attente, le corps se trouvant porteur des signaux d'un éventuel résultat, ensuite celui d'un temps qui passe et qui se donne à voir à travers le corps qui lui-même vieillit, et enfin un temps marquant l'historicité qui se laisse découvrir notamment par les références des femmes à leur propre histoire (Boissonneault & Vinit, 2016). Voyons maintenant le chemin nous ayant menés à chacun de ces éléments à partir des récits explorés dans les blogues.

L'un des premiers extraits ayant attiré mon attention est le suivant :

Il y a un peu plus d'une semaine que l'on m'a transféré mon petit « coco »! Le feeling est différent pour moi d'après une IAC . D'un côté, c'est plus concret, je porte vraiment en moi le fruit de notre union et je m'attarde parfois à flatter mon bedon en lui disant de s'accrocher et de tenir bon. Cependant, le fait que tout cela me semble plus réel, je prends plus conscience de la précarité de la situation. Je suis à l'affût de tout symptôme qui pourrait me donner un indice sur le résultat de la pds [prise de sang] à venir » (Extrait du blogue 2, Édith).

Cet extrait raconte le moment suivant l'implantation de l'embryon, étape de la fécondation in vitro (FIV) consistant à insérer l'embryon fécondé en éprouvette dans l'utérus de la femme. Le temps d'attente suivant cette intervention a une teneur bien particulière. L'embryon souvent très investi est désormais dans le ventre de la femme. Reste à voir s'il y restera, si la grossesse se poursuivra. « Je suis à l'affût de tout symptôme qui pourrait me donner un indice sur le résultat de la prise de sang à venir » (Extrait du blogue 2, Édith). Plusieurs descriptions de ces différentes étapes se retrouvent sur les blogues. À l'instar d'Édith, les femmes décrivent également les différents signaux du corps qui pourraient donner un indice quant à une éventuelle grossesse. Nausée, maux de ventre, pertes marron, fatigue, le corps semble être investi, voire investigué durant cette période d'attente, comme s'il pouvait détenir une réponse à la suite des choses (Boissonneault & Vinit, 2016). Il semble important de

souligner ici que les éléments rapportés (fatigue, pertes marron, etc.) sont des éléments auxquels on ne donne habituellement pas d'importance. Or ici, le corps ressort de sa quotidienneté silencieuse et il semble apparaître et se faire le messenger de la grossesse possible. À travers ces extraits émerge donc le thème du temps de l'attente, puis également du corps comme porteur de signes pouvant indiquer l'issue de cette attente.

Les propos d'Anna et de Gaëlle nous amènent à un autre niveau quant à cette question. Voici ce que partage Anna, suite à l'annonce de l'échec du transfert d'embryon :

Comme un pincement au cœur, une vieille douleur enfouie qui se rappellent à vous les jours de pluie. Rhumatisme sentimental. Fracture archéologique. Je te croyais guérie, me voici douloureusement engourdie; mais pas assez pour mouiller mes yeux ou retracer sur mes joues les sillons éphémères d'une peine ancienne (Extrait du blogue 4, Anna).

De son côté, à la veille d'un transfert d'embryon, Gaëlle écrit : « Départ demain matin, une nuit au calme, transfert lundi puis retour dans la soirée... Moi je suis sonnée et j'ai peur des nouvelles désillusions » (Extrait du blogue 3, Gaëlle). Ces deux témoignages viennent éclairer un aspect majeur de l'attente, soit celui de la possibilité de l'échec, voire d'un nouveau deuil à faire. Comme si l'ensemble du parcours semblait culminer dans l'éventualité d'une nouvelle déception. Tout ce que comporte le parcours depuis son commencement, soit les nombreuses inséminations artificielles, les cycles de FIV, les années passées sans l'enfant désiré semble pouvoir être réactivé par chacune des étapes vers la voie de la réalisation du projet d'enfant. Cette charge peut se donner à voir notamment dans les nombreuses descriptions que

font les femmes de ces étapes sur leur blogue. Nous pouvons constater que « l'instant de l'intervention porte bien davantage que le nombre de minutes constituant sa durée. Il est empreint d'une charge existentielle et la structure de la PMA ne semble pas offrir de lieux de paroles pour élaborer ce vécu » (Boissonneault & Vinit, 2016).

Ainsi, le temps se révèle à travers les blogues comme un temps d'attente dont l'issue est porteuse d'espoir, mais également de la peur d'un nouvel échec. Les femmes semblent chercher appui dans le corps qui porte les signaux de cette attente par ses différentes manifestations (symptômes physiques associés à la grossesse ou à la venue des menstruations ou aux effets des traitements, sensations particulières, etc.). Par ailleurs, j'ai pu relever plusieurs évocations des femmes à leur anniversaire de naissance, ou à leur âge. C'est d'ailleurs le cas de Sarah qui raconte la célébration récente de son anniversaire : « La semaine passée, il y avait une bougie de plus sur mon gâteau d'anniversaire. C'est dur de voir passer une année de plus sans enfant ». Précédemment, Sarah avait rédigé un billet dans lequel elle disait appréhender cet anniversaire :

Me v'la pris d'une panique aujourd'hui. Mes 34 ans approchent à la vitesse grand V. Presque mi-trentenaire et pas encore de bébé. Vais-je y arriver? Merde, il me reste combien d'années avant d'arriver en ménopause (oui, je sais, j'exagère). J'appelle ma mère et lui demande à brûle-pourpoint : M'man, à quel âge t'as arrêté d'avoir tes règles? 45 ans qu'elle me dit, avec une ménopause complète à 50 ans. Bon, ok. J'ai donc probablement 10 ans avant d'y être aussi. Ah non, ça non plus ça ne me remonte pas le moral. Je ne m'imagine pas passer encore 10 ans en PMA (Extrait du blogue 1, Sarah).

Le billet de Sarah met en lumière le temps qui passe. Les années qui défilent soulignent le vieillissement du corps (dont elle fait mention en parlant de la ménopause) qui vient faire obstacle à la possibilité de concevoir et de porter un enfant. C'est en quelque sorte d'un corps à durée limitée qu'elle nous parle ici. Plus encore, elle nomme le temps qui passe sans enfant, l'accumulation des années à souffrir de cette absence, mais également du processus qui tente de lui répondre. Par exemple, l'idée de passer « encore 10 ans en PMA » lui semble difficile à supporter et évoque presque quelque chose d'un enfermement, comme si elle devait « faire son temps » en PMA, en quelque sorte.

Le projet de donner naissance, tout comme les obstacles à sa réalisation, renvoie notamment à la question du temps qui passe. Comme si le cours de la vie était bousculé. Cela met également en contact avec le caractère limité de la vie, lequel se donne notamment à vivre dans le corps qui vieillit (portant les marques de ce vieillissement – la ménopause en est un exemple ici), puis qui va mourir. Voyons en ce sens, les propos d'Anna :

Foutraque mon horloge biologique privée d'héritiers. Déficience généalogique annoncée. Personne pour un jour feuilleter l'album de ce qui deviendra notre passé, se dire que Maman fut un jour plus jeune, plus brune, plus mince et jolie, qu'elle et Papa formaient un joli couple sur les photos de leurs étés, parfums atlantiques, tapas romantiques, glaces dévorées, que tu lui ressembles tellement sur ce cliché fané (extrait du blogue 4, Anna).

Anna renvoie donc à cette dimension temporelle historique, projetant un futur au sein duquel l'enfant ne sera pas présent pour se rappeler le passé révolu. C'est également un récit familial qu'Anna partage, et la difficulté de s'y inscrire, d'y prendre place.

La lecture des blogues a révélé que le chemin vers la maternité semblait renvoyer les femmes à leur rapport à leur propre mère, lequel est abordé dans plusieurs récits. Pour Anna, le parcours en PMA semble avoir été source de réflexion et d'élaboration de ce qui chez elle « a retardé ce désir d'enfant ». Elle raconte même un avortement subit à la fin de la vingtaine alors qu'elle se disait incapable d'envisager la maternité. Elle attribue ce blocage à une relation difficile avec sa mère absente. Elle raconte ici son vécu de l'avortement : « Incapable de m'envisager maman, je n'étais alors qu'une enfant. Mon rejet était violent, sans appel et non négociable. Responsable et coupable à la fois. Une double peine portée en bandoulière à jamais » (Extrait du blogue 4, Anna). La maternité lui apparaissait alors telle une langue indéchiffrable.

Une langue ancienne, morte en moi, elle aussi, dévorée par mon enfant intérieur, affamé et indomptable, exorcisé sur un divan, séance après séance, des wagons de larmes versés pour expier cette mère-fantôme, celle dont l'absence m'avait enfermée à jamais – je le croyais alors – dans le corps d'une petite fille de cinq ans perdue dans les limbes d'une enfance éternelle, une Alice coincée dans son terrier, de l'autre côté du miroir comme une peine à perpétuité (extrait du blogue 4, Anna).

Comment comprendre une langue alors que quelque chose dans sa transmission semble avoir achoppé? Anna décrit cet enfant « affamé » de raviver cette langue maternelle, cette « mère-fantôme ». Puis c'est à l'enfant désiré qu'elle aimerait aujourd'hui donner vie. C'est elle, Anna, qui ne devient pas mère. Se trouve-t-elle

ainsi face à l'impossibilité de transmettre cette « langue »? Ou peut-être souhaiterait-elle se réapproprier la parole imparfaite reçue dans sa propre expérience de la maternité? La part inconsciente qui anime et sous-tend le désir d'enfant est un thème prégnant et largement abordé dans la perspective psychanalytique (notamment le désir de retrouver la fusion avec mère des premiers temps de la vie, ou de rejouer un désir oedipien). D'un point de vue existentiel, c'est l'historicité de la femme qui est ici mise en jeu. Vouloir devenir mère implique de prendre cette place qu'une autre femme a un jour occupée pour soi: C'est là l'occasion de transmettre, de dresser des ponts entre deux générations, de porter cette étrange coïncidence – qui n'en est jamais complètement une – entre le passé et le futur, entre l'advenu et le devenir. Le désir de porter un enfant éveille notamment le fait universel de chaque femme d'avoir été portée dans un corps féminin. La relation difficile avec la mère pour certaines est souvent abordée à travers le récit de leur propre difficulté à porter un enfant. « Mon ressenti face à cette relation est complexe. Ma peine est profonde. Ma déception est sans fin. Et quelques fois, je ressens un grand vide, car je me sens comme si je n'avais pas de mère » (Extrait du blogue 1, Sarah). Quel sens cela peut-il prendre pour cette femme de ressentir le vide de l'absence de la mère puis celui laissé par l'enfant désiré? Cet exemple met notamment en lumière la complexité des enjeux soulevés. Ce n'est jamais que le seul projet futur de concevoir un enfant qui est mis à mal. C'est peut-être la possibilité de revisiter le passé, ici la relation mère-enfant, dans une répétition au potentiel créateur, voire réparateur. Il semble que l'incapacité pour ces femmes à devenir mère à leur tour peut rappeler une relation défailante à leur propre mère. Comment ont-elles été portées au monde? Et comment cela s'inscrit-il dans leur vécu alors qu'elles désirent porter un enfant? Ces thèmes visent à exemplifier des champs d'élaboration possibles pour permettre aux femmes de se raconter. Le projet d'enfantement s'inscrit dans une histoire, dans le cours d'une vie. Il est apparu au fil de la lecture des blogues que les femmes établissaient elles-mêmes un dialogue entre les générations (celle qui précède, celle à venir). Le travail de mise

en mots peut-il réintroduire de la parole, et le mouvement nécessaire à l'élaboration d'un récit ouvert, porteur de sens? ²

3.3.3 Ce corps, est-il le mien?

Nous avons donc vu que le corps est évoqué comme étant porteur des marques du temps, le temps qui passe, et le temps de l'attente. Dans les blogues, les femmes tendent également à parler de leur corps un peu comme s'il ne leur appartenait plus, ou enfin, comme si quelque chose leur était enlevé (Boissonneault & Vinit, 2016). Par exemple, Anna évoque une forme de désappropriation : « Tout se passe désormais hors de nos corps. Notre biologie est délocalisée, dans un labo froid et blanc ». À travers ces phrases, il me semble pouvoir lire qu'une partie d'Anna se trouve à l'écart d'elle-même, dans un lieu qui contraste peut-être par sa froideur à la chaleur de la chair et du corps biologique. Elle poursuit un peu plus loin en approfondissant davantage :

Et pour moi, en qui résidait le berceau de cette possibilité, préparée tel le coureur de fond depuis 6 mois, physiquement, mentalement, à accueillir une autre vie en moi, un grand vide. J'avais produit, donné quelque chose, désormais hors de moi, et on ne me le rendait pas (extrait du blogue 4, Anna).

Ici elle semble nommer non seulement une forme de désappropriation de son corps, mais également le sentiment de vide que cela lui procure. Ainsi, lorsqu'elle dit

² Ce dernier paragraphe est un extrait tiré de l'article suivant utilisé ici avec l'autorisation de l'éditeur : Boissonneault, C., Vinit, F. (2016). Du corps au ventre : récits de femmes en procréation assistée. *La place du corps dans la rencontre de soi et l'accompagnement, Collectif du Cercle interdisciplinaire de recherches phénoménologiques*, 3, 113-137.

précédemment que « tout se passe hors de nos corps », peut-être soulève-t-elle une question importante: que lui reste-t-il dans ce processus? C'est le fait de la PMA de rendre possible la fécondation hors corps. L'évocation du laboratoire semble d'ailleurs montrer combien les lieux de la PMA éveillent un certain imaginaire de froideur, d'un blanc presque glacial évoquant l'hiver. Par ailleurs, les procédures de la ponction ovarienne et même du transfert embryonnaire s'effectuent souvent en étant projetées sur un écran accessible aux patientes par la voie de l'échographie. Ces expositions répétées à l'intérieur du corps (normalement inaccessible à l'œil et constituant l'intériorité du corps biologique) participent peut-être du sentiment rapporté par les femmes que leur corps ne « leur appartient plus » (Boissonneault & Vinit, 2016). Les technologies qui visent à rendre visible l'intérieur du corps comme l'échographie, viennent jouer au niveau de la limite du dedans et du dehors, contribuant à rendre cette limite plus poreuse. Sur les blogues, nombreux sont les récits de ces interventions et ceux-ci sont souvent accompagnés de descriptions plutôt détaillées de ce qui est vu au moment de l'intervention. Sur un blogue, une femme a affiché une photo de son échographie pelvienne, témoignant de la taille de ses follicules et de l'épaisseur de son endomètre qu'elle partage à toute la communauté virtuelle. De son côté, Sarah raconte : « 4 gynécos différents ont vu mon terrier magique cette semaine » (Extrait du blogue 1, Sarah). Dès lors que cette partie du corps est habituellement cachée, loin du regard, et que son surnom « terrier magique » évoque quelque chose de l'ordre de l'enfoui, elle se trouve exposée à maintes reprises au regard médical. Une forme de décalage entre « terrier magique » et « vu par quatre médecins différents » peut venir signifier l'enjeu de l'exposition répétée de ces régions intimes du corps. Quelque chose semble se vivre sous la forme d'un écart entre le corps vécu par les femmes (un corps qui est le leur, qui leur appartient), puis le corps soumis aux traitements médicaux (on prend quelque chose du corps sans redonner en retour tel qu'évoqué par Anna, ou on l'examine et le regarde à maintes reprises).

Bien que le processus s'effectue hors des corps des parents en devenir, le projet de concevoir un enfant est porté par le couple qui investit chaque étape et traitement d'une manière bien particulière. Certaines femmes vont s'approprier tout le vocabulaire de la PMA (utilisation des termes, des acronymes, grande connaissance des médicaments et de leurs effets, acquérir beaucoup d'information sur les différentes étapes, etc.). D'autres seront très à l'affût des mesures de leur corps (notes sur les jours de leur cycle, température, mesures des follicules, taux d'hormone). Elles parlent de leur corps en dosage d'hormone, nommant les caractéristiques de leur organe reproducteur souvent perçu comme défaillant. Gaëlle, à qui le médecin a dit de son utérus qu'il était « hostile » à la nidation, surnomme son organe « killer » dans son blogue. Cela est toujours amené sous le signe de l'humour sans pour autant évacuer la charge symbolique de l'hostilité. Dans un billet rédigé plus tard dans son parcours, elle ira jusqu'à se surnommer elle-même la « serial killer » de la PMA. La matrice ne prend plus ici la forme d'un nid douillet dans l'imaginaire. Elle résiste à accueillir l'enfant et à le porter, et ultimement c'est la femme elle-même qui se perçoit comme incapable de porter l'embryon, portant à son tour le surnom de « killer ». L'utilisation par les femmes du vocabulaire médical peut être comprise comme une identification à ce corps chiffré que leur miroite la médecine de la reproduction. Mais n'y aurait-il pas là une tentative de se réapproprier quelque chose qui leur serait arraché par la technologie? Lorsque Sarah parle des mesures de son endomètre et en décrit les moindres fluctuations, peut-être tente-t-elle de faire sien ce parcours vers la procréation. De ramener en elle ce qui semble mis à l'extérieur par les outils techniques dont dispose la science.

Gaëlle exprime l'attention portée à la dimension reproductive du corps physiologique, nommant aussi le défi que cela peut représenter de renouer avec le corps vécu, relationnel, sensuel³ :

Nous allons devoir réapprivoiser nos corps, réapprendre une sensualité oubliée là où la médecine n'a laissé qu'une sexualité reproductive, une sexualité de jours 14, espérant au creux de nos ventres faire partie de ces « miracles » dont on entend si souvent parler... (Extrait du blogue 3, Gaëlle).

Les extraits présentés dans cette sous-section font donc émerger un enjeu du rapport au corps, soit celui d'une forme de désappropriation de celui-ci, puis de la nécessité de « retrouver son corps ». Que ce soit à travers le besoin d'appriivoiser à nouveau une sensualité usée par l'expérience médicale ou par une identification au vocabulaire médical pour parler de son propre corps, il semble qu'un besoin se fasse sentir de faire sien son corps. Enfin, cela amène également la question du sexuel comme une dimension inhérente à l'existence et qui est passée sous silence dans la procédure purement médicale. Comme si le processus de la PMA venait faire rupture dans le lien des femmes à ce qui peut les rallier au monde (corporéité, sensualité, sexualité). C'est tout leur rapport au monde qui semble bouleversé par les traitements, à travers une forme de perte des repères habituels.

³ Ce dernier paragraphe est un extrait tiré de l'article suivant utilisé ici avec l'autorisation de l'éditeur : Boissonneault, C., Vinit, F. (2016). Du corps au ventre : récits de femmes en procréation assistée. *La place du corps dans la rencontre de soi et l'accompagnement, Collectif du Cercle interdisciplinaire de recherches phénoménologiques*, 3, 113-137.

3.3.4 Les marques de l'inhabité

Un autre élément ayant émergé de la lecture des blogues est que le corps semble devenir porteur des marques du parcours, lequel est souvent décrit comme un parcours de combattant.⁴ Le corps semble alors être véhiculé tel un emblème du combat mené. Voyons ici les propos de Gaëlle :

Et après 5 ans, 9 échecs, un constat : + 5kg. La casse n'est pas énorme me direz-vous, mais je ne me reconnais plus. Je ne connais pas ce corps qui est passé du 36 au 40. Je ne sais plus qui est cette silhouette qui a tout pris des genoux à la taille. Je ne sais pas qui est cette personne avec un début de double menton sur les photos. Je ne suis plus moi. Ou plutôt si, je suis moi, avec les stigmates de mes échecs, mon corps que je croise chaque jour dans la glace me nargue avec ces « héhé, t'as vu? T'as tout perdu. » (Extrait du blogue 3, Gaëlle)?

Il n'est pas rare de lire le récit d'une transformation du corps. Les femmes parlent du « nombre de kilos pris depuis la PMA ». L'extrait ci-dessus illustre combien la prise de poids, effet secondaire fréquent des traitements hormonaux, est souvent mise en lien dans le récit avec l'absence d'enfant, ou le vide du ventre. L'envers de la prise de poids se vit comme l'absence de l'enfant tant désiré, car le ventre demeure « vide ». Soulignant son inconfort vis-à-vis de la prise de poids, une femme dira par exemple :

⁴ La section 3.3.4 est entièrement tirée de l'article suivant utilisé ici avec l'autorisation de l'éditeur : Boissonneault, C., Vinit, F. (2016). Du corps au ventre : récits de femmes en procréation assistée. *La place du corps dans la rencontre de soi et l'accompagnement, Collectif du Cercle interdisciplinaire de recherches phénoménologiques*, 3, 113-137.

« Mais après tout, le but de la manœuvre n'est-il pas de devenir grosse comme une baleine avec cette grossesse tant désirée? » (Extrait du blogue 3, Gaëlle) C'est que l'objectif n'est pas uniquement d'arrondir le ventre, mais que celui soit « plein » d'un enfant à venir. C'est l'idée de la grossesse avec ce qu'elle évoque de la plénitude qui semble mise en scène. Être enceinte est bien sûr le but ultime des femmes en PMA et la grossesse est envisagée comme cet état où la femme se sent ronde, où le ventre grossit en étant « plein » de vie. C'est le désir d'abriter, de porter au monde un nouvel être qui habite ces femmes. En ce sens, les rondeurs causées par la prise de poids alors que les traitements échouent ne semblent que souligner de manière apparente le vide du corps. Par ailleurs, ils sont présentés par Gaëlle comme les « stigmates de ses échecs ». Comme quelque chose à quoi peut-être, elle ne peut échapper ou comme si elle se trouvait justement réduite à cet échec. Car si l'enfant prend forme au fil du temps dans la tête et dans le cœur, il ne vient jamais habiter la réalité tangible du corps, ou alors oui, comme traces que sont les kilos accumulés au cours du parcours. Ainsi l'exprime Sarah dans son blogue :

Voilà quatre ans que je désire être maman. Plusieurs mois se sont écoulés depuis ce jour de mars où, souriants et confiants, nous avons décidé de fonder une famille. Toutefois, aucun mois, je n'ai eu le moindre espoir que mon rêve devienne réalité. Tous les mois, ma tête et mon cœur ont espéré qu'une nouvelle vie prenne forme en moi. Mais tous les mois, mon ventre est demeuré vide. Tous les mois, dans mon cœur, dans ma tête, cet enfant a pris forme. (Extrait du blogue 1, Sarah).

Est ici convoqué l'envers du plein, soit le vide représenté par l'absence d'enfant. Le ventre vide, le creux, matrice incapable de se remplir, l'échec. Le ventre n'est pas habité par la vie qu'il peine à porter. Il se vide à l'arrivée des menstruations. Ces dernières, pourtant si souvent banalisées, semblent devenir le marqueur physique et symbolique du ventre dépouillé, de l'enfant rêvé qui s'échappe une fois de plus. Lors

de l'arrivée des menstruations, la fécondation n'a pas eu lieu. La procédure de l'implantation de l'embryon fécondé in vitro fait un pas supplémentaire en déposant déjà l'embryon dans le nid utérin. Lorsqu'il survient, l'écoulement sanguin prend alors le visage de la fausse couche, expérience douloureuse ou de nouveau, la perte est accompagnée d'un vécu physique durant lequel l'utérus est dépeuplé de l'embryon qui ne grandira pas. Les extraits suivants illustrent ce propos :

La nuit de samedi à dimanche, ainsi que la journée de dimanche ont été particulièrement éprouvante, autant pour mes émotions que mon corps. Pendant la nuit, j'ai eu l'impression d'être dans un cauchemar sans fin, passant alternativement par des périodes de bouffées de chaleur et des frissons. Quand je me réveillais, c'était le cœur serré et transpirante. (...) En après-midi, j'ai commencé à avoir de grosses crampes. Cela a duré jusqu'au soir. Les saignements ont commencé plus tard, pendant la nuit. Que c'était tristes... La fin, la vraie fin... Mon cœur s'est serré de voir tout ce sang notre petite chose partant avec (Extrait du blogue 1, Sarah).

Sur le blogue d'Édith, on peut lire la description d'un évènement similaire :

Mais à peine de retour chez moi, le cauchemar commence... Ça sent la fausse couche. Des saignements franchement rouges cette fois et de plus en plus abondants avec des caillots évidemment. Je suis désespérée... Je me sens complètement démolie. J'avais réussi à entrevoir le bonheur durant une petite heure avant que l'apocalypse ne se pointe. J'aurais préféré ne pas savoir que j'étais enceinte, ça fait tellement mal (Extrait du blogue 2, Édith).

L'on peut lire combien la douleur physique et la souffrance psychique semblent se côtoyer de près. « J'ai une boule au creux du ventre... mais mon ventre est toujours

aussi vide de vie, encore » (Extrait du blogue 1, Sarah). Le vide du ventre dont les menstruations, la fausse couche et le fait de n'être pas enceinte sont corollaires, semble ramener à l'absence de l'enfant, au deuil souvent répété d'une grossesse menée à terme.

De la dialectique vide/plein semble émerger une oscillation. D'une part, vouloir devenir enceinte, « grosse », belle et pleine, mais d'autre part prendre du poids sans être enceinte, à cause des traitements. Là où le gonflement ne rime pas avec plénitude se tient une dimension paradoxale de l'expérience, à savoir que l'inhabité laisse des marques. Le corps semble devenir, très concrètement, porteur de ce paradoxe. Tel que l'écrit Gaëlle : « Comment continuer à regarder ce corps, marqué par les stigmates de la PMA (...) ? » Le corps se trouve souvent évoqué comme porteur des marques de ce parcours : « Tous les soirs jusqu'à mercredi, injections. C'est fou ce que je marque, j'ai des bleus dans le ventre. » Les bleus laissés par les injections, la fatigue causée par les traitements, les kilos en surplus font du corps l'emblème d'un véritable parcours du combattant.

Cet imaginaire du combat se retrouve fréquemment dans les récits qui ont été visités, cela sera d'ailleurs développé plus loin. En plus des termes choisis la plupart du temps : « le long parcours », « le combat », « ces douloureuses démarches », « parcours de combattante », etc., il est difficile de passer sous silence le choix du mot « stigmaté », retrouvés dans deux blogues différents. Ce terme n'est pas sans évoquer le chemin de choix, la cicatrice d'une épreuve. La prise de poids marque le paradoxe d'une rondeur « vide » de l'enfant désiré, mettant en relief la maison inhabitée, l'échec qui s'incarne à même le corps.

Enfin, ces changements corporels peuvent renvoyer au poids dans ce qu'il a de lourd, rappelant ce fardeau raconté par les femmes. Une dialectique entre la douleur du vide et la charge du stigmate semble apparaître, et venir témoigner notamment de la complexité de l'expérience dont il est question et d'une forme d'écartèlement très concret vécu par les femmes.

3.3.5 De la boxe

Plusieurs récits empruntent au vocabulaire de la boxe : « me voilà sur le ring de la PMA », « Dame Nature m'a mise K.O. », « prendre un coup en plein visage », « 1er, 2e, 3, round », « victoire », « lutte », etc. Se déploie alors un imaginaire du combat, image métaphorique qui cherche peut-être à rendre compte de tout ce qui est vécu, subi, et ce au long cours du processus. L'idée du combat fait également écho à une éventuelle victoire, ou défaite. Par exemple, Sarah exprime ici la déception de ne pouvoir effectuer une nouvelle tentative lors du présent cycle :

Match annulé : Je ne suis même pas capable d'aller au bout de ma première FIV. Il n'y aura pas de ponction. Le cycle est annulé, car il y a trop d'anomalies. 5 échographies, 5 jours d'injections, des comprimés qui m'ont rendue malade, 3 prises de sang, tout ça pour rien (Extrait du blogue 1, Sarah).

Pour Gaëlle, c'est le sang des menstruations qui annonce le début d'un cycle nouveau, du prochain round.

Tel a été le vent de panique dans ma tête hier, quand j'ai découvert du sang rouge sur mon papier toilette blanc. Une semaine d'avance, à J25. Je ne suis pas prête à rempiler, je ne suis pas prête à me refaire piquer pour cette 10e tentative, je ne suis pas prête à me prendre une grosse claque en pleine tronche, encore... » (Extrait du blogue 3, Gaëlle)

Il semble ici que pour Gaëlle, l'appréhension d'une nouvelle déception l'emporte sur l'espoir que cela puisse fonctionner, cette fois-ci. La possibilité évoquée d'une « grosse claque en pleine tronche » apparaît douloureuse. Elle rejoint Sarah qui se dit : « Épuisée d'espérer et de faire face à la déception, fatiguée de devoir me relever à chaque fois et de garder la tête haute en me disant que oui, on allait réussir à le faire, cet enfant » (extrait blogue 1, Sarah). Ces deux témoignages semblent souligner quelque chose de l'ordre d'une fatigue liée à l'accumulation des traitements, la durée du parcours, et peut-être aussi l'accumulation des deuils rencontrés à travers les échecs répétés des traitements (Boissonneault & Vinit, 2016).

Les parcours de ces femmes se dessinent comme de véritables épreuves de fond : « S'en suit le grand nettoyage du printemps, en avance d'une saison, de rigueur pour lancer les hostilités et les phases de préparations quasi-marathonniennes. Du sens de la rigueur porté aux nues olympiennes » (Extrait du blogue 4, Anna). Gaëlle aussi évoque ces « préparations olympiennes » : « Le jury français ayant validé mes résultats, deuxième épreuve, le lancer du javelot dans le gras du ventre dès ce soir » (extrait du blogue 3, Gaëlle). Les « marathons du sexe pour mettre toutes les chances de notre côté » (Extrait du blogue 2, Édith) côtoient les « championnats d'injections ». Le ring de boxe ou l'épreuve olympique n'est pas sans évoquer la quête d'une victoire, d'une démarche vers gagner ou perdre. L'on peut s'interroger ici : dans le contexte de la PMA, contre qui se mène le combat? « Certaines affirment se battre contre « Dame Nature ». Peut-être est-ce contre ce corps qui n'accueille pas l'enfant désiré, ce corps dont on a l'impression qu'il se refuse aux prouesses technoscientifiques? Est-ce un combat contre l'infertilité en tant que condition physiologique ou comme souffrance psychique » ? Plus globalement, il semble que

ce soit à une limite qui fait obstacle que s'adresse la bataille ici. Cette limite peut être incarnée par le corps à travers l'infertilité, par le temps lorsque l'âge de la ménopause approche, par la technique alors que les moyens ne parviennent plus à contourner ces limites corporelles et temporelles. Il semble toutefois que ce que les femmes décrivent est d'un autre ordre. Pensons aux extraits des blogues de Gaëlle et de Sarah présentés ci-haut et qui expriment une sorte d'épuisement à l'idée d'une nouvelle tentative. Comme si la limite venait en fait de l'intérieur, d'un insupportable rencontré par les femmes en cours de processus. Cela semble venir de l'intérieur et peut-être de manière imprévue. Pour Gaëlle, c'est à l'aube d'une dixième tentative que cela s'est présenté :

Cette tentative sera la dernière. La dernière, car je suis fatiguée physiquement de ces traitements lourds, que mon corps a pris cher, que mes cycles naturels sont déboussolés, bref, je SENS vraiment que ces 9 traitements pour obtenir mes gamètes ne sont pas sans conséquence... La dernière avec mon corps, mon sang, sous « hormones » et la dernière avec mes gamètes (extrait du blogue 3, Gaëlle).

Gaëlle décrit bien ici l'accumulation des traitements, les effets ressentis sur son corps, et le besoin d'une pause qui se fait sentir. Par ailleurs, il semble qu'elle n'aurait pas pu appréhender cette limite rencontrée en début de parcours, tel en témoigne l'extrait suivant :

La psy m'a même rappelé qu'il y a 4 ans, quand j'ai enfin accepté l'idée d'être mère, je m'étais fixé des limites. Des limites de temps d'essai, des limites de choix si on n'y arrivait pas, les limites d'une femme péremptoire, d'une femme qui n'a aucune conscience de ces 3 lettres : P, M et A. Mais les limites sont faites pour être déplacées, voire dépassées parfois, quand on y croit (Extrait du blogue 3, Gaëlle)!

Ce que souligne ici Gaëlle semble être ce que les possibilités offertes par la médecine de la reproduction viennent faire miroiter sur le plan de l'espoir. Les technologies de la reproduction viennent soulever tout un imaginaire quant à la possibilité de déplacer, et même de dépasser certaines limites. Pour certaines femmes dont nous avons pu lire des extraits du témoignage, il semble toutefois qu'à un certain moment, cela n'a plus été possible de continuer. Pour Gaëlle, c'est le coup de la 10^e tentative qui sera la dernière, puisqu'elle ressent qu'elle n'en peut plus. Pour Sarah, c'est au quatrième traitement pour lequel les effets secondaires des médicaments sont lourds et inquiétants. La question qui semble émerger de ceci est la suivante : comment s'articule la rencontre de cette limite personnelle ressentie par les femmes à l'espoir nourri par les possibilités de la médecine? Par exemple, Édith envisage difficilement la possibilité d'arrêter les traitements alors que le médecin lui annonce qu'il ne sait pas s'ils réussiront à avoir un enfant. « Comment peut-on faire son deuil quand on espère encore désespérément? » demande-t-elle (Extrait du blogue 2, Edith). C'est là une question profondément existentielle, car elle touche chaque homme, chaque femme, dans sa condition humaine, limitée. Comment renoncer? Comment perdre? Et peut-être ne renonce-t-on jamais vraiment, comme si un espace restait toujours ouvert, possible. Quoi qu'il en soit, la lecture des blogues a permis de dégager le thème de la limite comme étant important. D'une part dans un rapport au combat que mènent les femmes contre les obstacles au projet d'enfantement, et d'autre part relativement à la décision de cesser les traitements, décision qui semble se prendre suite à la rencontre d'une limite intérieure.

3.4 Ce que nous disent les blogues : questions soulevées, pistes de réflexion et conclusion

Nous retrouvons donc dans les blogues certains thèmes saillants et qui semblent mettre en lumière différents aspects de l'expérience vécue des femmes en procréation assistée. D'abord, le thème du corps semble très présent et se décline selon plusieurs angles. Nous avons pu constater qu'il se trouve porteur de signaux permettant peut-être de soutenir l'attente inhérente aux traitements de PMA. Par exemple, quel symptôme ressenti ou observé peut être précurseur d'une grossesse confirmée? Dans les trajectoires en PMA, les périodes d'attente sont nombreuses. Il semble que le corps puisse être un lieu servant d'appui pour rendre supportables ces périodes marquées d'incertitude par les signaux qu'il envoie (symptômes, ressenti corporel, etc.). Par ailleurs, le corps est également évoqué comme vecteur du temps qui passe. Par exemple, à travers les références à la ménopause, aux anniversaires, le corps vieillissant et suivant le cours des années qui passent marque également la vie qui avance sans qu'il ait porté un enfant. S'entremêlent donc le corps sujet (la personne qui a l'an de plus, dans sa trame narrative biographique) et le corps scruté sur le plan physique. Le parcours se fait sur ces deux plans simultanément.

Un autre élément ayant émergé quant au corps est que ce dernier semble faire l'objet d'une forme de désappropriation vécue par les femmes. En effet, certaines ont rapporté le fait que leur corps « ne leur appartenait plus », comme s'il était désormais entre les mains de la médecine. Il semble également que cela vienne entraîner un mouvement visant à se réapproprier son corps, soit en s'y reconnectant (certaines diront ressentir le besoin d'être davantage « à l'écoute » de leur corps), soit en s'appropriant le vocabulaire médical majoritairement utilisé pour parler du corps en PMA. Comme si le corps était devenu étranger, puis avait eu lieu une resubjectivation

(passant par l'écoute), ou au contraire, une appropriation passant par le langage médical de « l'approprieur ». Certaines femmes iront jusqu'à s'identifier aux termes servant à décrire le corps en clinique. Il semble donc se déployer une sorte de mouvement de désappropriation et une tentative de réappropriation du corps. Cela vient parler d'une forme d'étrangeté apprivoisée par l'intégration de la culture médicale dans laquelle elles sont plongées.

Ensuite, nous avons pu retrouver le corps décrit comme porteur des marques du parcours en PMA. Le corps semble en effet devenir l'emblème d'un combat mené dans le but d'enfanter. Plus particulièrement, les descriptions des marques laissées sur le corps, notamment la prise de poids souvent liée aux effets secondaires des hormones, semblent venir mettre en lumière un vécu paradoxal. Le corps se retrouve marqué, tout en demeurant vide de l'enfant désiré. La question de la prise de poids soulève une certaine réflexion quant à la lourdeur du parcours, à la charge que cela peut venir laisser sur le corps, tout en mettant en relief l'absence de l'enfant désiré.

Finalement, le thème du combat a été relevé à plusieurs reprises, avec pour corolaire celui de la limite. La trajectoire en PMA est effectivement souvent décrite telle une lutte contre ce qui empêche le projet d'enfant de se réaliser. Ce qui fait d'abord obstacle, soit l'infertilité ou la difficulté de concevoir naturellement, peut se transformer et devenir les traitements eux-mêmes lorsqu'ils sont infructueux. Toutefois, une autre forme de limite semble s'imposer alors qu'à un certain moment du parcours, les femmes considèrent de mettre fin à ces démarches. L'ensemble du parcours semble alors culminer dans une sorte de « c'est assez » qui prend notamment la forme d'une réflexion sur le fait de cesser les traitements.

Ainsi, les thèmes que l'interprétation des blogues a permis de dégager mettent en lumière certains enjeux inhérents à l'expérience des femmes en procréation assistée. Ces enjeux touchent notamment le rapport au corps, la question de l'attente et du temps, et l'enjeu de la limite. Par ailleurs, certaines questions se posent tout autant qu'elles ont nourri notre réflexion et orienté la suite de la recherche. Tout d'abord, et concernant le rapport au corps, quel sens prend l'expérience que font les femmes de leur propre corps dans le contexte des PMA? Aux vues des enjeux soulevés et dont les blogues témoignent, le corps semble être porteur de multiples sens en ce qu'il est le lieu physique où les traitements viennent s'inscrire, mais également le véhicule biologique de l'échec de ces traitements. D'un point de vue existentiel, le corps ne peut être objectivé et séparé entièrement de l'être qui l'habite. Cela soulève donc la question du corps objet, versus le corps sujet, dans un contexte où il semble que l'accent soit mis sur les dimensions objectives du corps. Les descriptions du ventre vide, notamment, et des « stigmates des échecs » dont le corps se trouve porteur nous interrogent quant au rapport que peuvent entretenir les femmes avec un corps potentiellement vécu comme défaillant. Ensuite, la trame temporelle de l'existence des femmes a été mise en lumière et nous ramène à l'un des enjeux de l'infertilité : celui de ne pouvoir mettre au monde une génération suivant la nôtre, et en quelque sorte de poursuivre le cycle de la transmission transgénérationnelle. Les évocations de plusieurs blogueuses à leur propre histoire, notamment à travers la relation à leur propre mère, soulèvent un questionnement quant la manière dont s'articule, dans le récit des femmes, les éléments de leur historicité éveillés par l'impossibilité de mettre au monde un enfant malgré plusieurs tentatives pour y arriver. Il semble aussi que quelque chose de leur identité même soit arrêté, fixé, entraînant une difficulté à se projeter dans un devenir. Enfin, et en rapport aux limites rencontrées au fil de la trajectoire en PMA et à la décision de cesser les traitements, comment renoncer à la possibilité de tenter de réaliser ce désir de porter un enfant? Comment, pour les

femmes, s'élabore la décision de cesser les traitements lorsque cela peut supposer une vie sans enfant? Et enfin, comment porter ce choix alors que des moyens sont disponibles et mis en place pour tenter de répondre à l'infertilité? Ces questionnements nous mènent vers les thèmes du deuil, du renoncement et de l'acceptation de l'échec, pour ainsi dire.

À un autre niveau, un élément important n'est pas émergé directement du contenu des blogues, mais a tout de même attiré mon attention. Il s'agit du besoin de mise en récit qui s'articule autour du besoin de raconter, de se raconter. Certaines modalités d'expression ont pu être observées, par exemple sur la fréquence de rédaction en fonction du moment du cycle (augmentation des publications à l'approche d'un transfert, par exemple, ou alors longue pause suite à l'annonce d'une mauvaise nouvelle). Par ailleurs, il est intéressant de rappeler que ces blogues sont rédigés sous un pseudonyme. En mettant en lien le geste de rédiger un blogue avec les idées de Ricoeur sur la souffrance, certaines réflexions peuvent survenir. Ricoeur (1994) traite de l'expérience de l'incommunicable en disant que « l'autre ne peut ni me comprendre, ni m'aider, entre lui et moi, la barrière est infranchissable » (Ricoeur, 1994, p.2). Voilà peut-être ce dont témoigne le paradoxe entre la confiance et l'appel, récit envoyé à tous dans l'anonymat, appel qui cherche une réponse qui ne pourrait se donner directement, personnellement. Comme si le désir de communiquer s'actualisait en une bouteille lancée dans la mer du web pour se perdre dans l'absence de limites qui situent qui s'adresse à qui. Mais aussi, pour la femme qui s'assoit devant son ordinateur afin de témoigner de son histoire, l'écriture permet nécessairement de prendre une distance, de s'adresser peut-être à « elle-même comme une autre » avec l'idée – et la confirmation parfois – que quelqu'un la lira. Et avec la possibilité qui se concrétise souvent que d'autres femmes répondent. Tentative de dire l'incommunicable. Cela dit, l'écriture peut également être un lieu de contenance

face à l'incertitude et à l'angoisse soulevée par certains moments charnières (ponction ovarienne, transfert d'embryon, test de grossesse).

En effet, la rédaction d'un blogue peut être comprise comme un appel à l'autre, un désir de communiquer. L'on constate qu'il s'agit bien souvent d'un appel au rassemblement, aux similarités. Les femmes suivant le blogue s'y retrouvent et s'y reconnaissent alors qu'elles vivent « la même chose ». Une étude d'Isupova (Isupova, 2011) présentée antérieurement sur le recours aux communautés virtuelles en contexte d'infertilité a mis en lumière que le sentiment de communauté que procure le fait de se sentir compris par des gens vivant une expérience similaire est fort apprécié par les femmes. Toutefois, il comporte également le risque de creuser un clivage entre « nous les infertiles et eux les fertiles », sous-entendant qu'eux ne peuvent comprendre ce qu'elles vivent. Nous pouvons ramener ceci au propos de Ricoeur sur la rupture d'avec cet autre qui ne peut ni aider ni comprendre, et que l'on doit pourtant continuer à appeler. Donnant l'impression de briser la solitude en rassemblant des femmes vivant la même situation, la communauté virtuelle peut aussi la cristalliser, refermant en quelque sorte l'horizon du monde autour des femmes. La grande similarité apparente de l'expérience est en fait un leurre, car il y a toujours de la différence. Personne ne peut vraiment vivre « la même chose ». L'homme sera seul à sa mort, tout comme il a été seul à sa naissance, et personne ne pourra le faire pour lui, à sa place et en son nom. En même temps, il y a toujours déjà de l'autre, ou l'autre est toujours déjà là. C'est ce lien symbolique à l'autre qui est affecté dans la souffrance, ce lien du langage, du dialogue, de la rencontre. Parce que l'autre ne vivra justement jamais la même chose que soi, il faut parler. Il faut raconter. Il faut avoir espoir en la parole. En ce sens, le fait d'écrire en ligne peut se vivre comme un enfermement si l'on s'en tient à une communauté de gens vivant la même chose que soi, car dans ce contexte, est-ce vraiment à l'autre que l'on s'adresse? N'est-ce pas

plutôt de nouveau à soi-même, par identification à cet autre projeté comme étant « comme soi-même »? Peut-être également que l'identité se trouve si fortement ébranlée qu'elle a besoin de retrouver un sentiment d'appartenance? Ceci étant dit, survient toujours cette idée d'un appel. D'une tentative de lier ce qui s'est rompu par un moyen portant les marques d'une promesse que l'autre sera là pour répondre. Par ailleurs, peut-être peut-on lire la quête d'une reconnaissance de la souffrance par le « même » qu'est l'autre femme infertile, ou par soi-même à travers cette dualité de soi à soi où une partie de soi peut s'exprimer sous un pseudonyme et se faire entendre par l'autre partie qui reste cachée. La question de la mise en récit a soulevé plusieurs réflexions que nous avons souhaité, à la suite de la lecture des blogues, explorer davantage lors des rencontres avec les femmes. Cela a pris la forme notamment de questions sur le vécu de l'espace de parole que procurait la recherche, ainsi que sur la motivation à participer à cette recherche. Par exemple : « Comment c'était pour vous de me raconter cela? » ou « Comment s'est passée la dernière rencontre pour vous? »

Ainsi, ce contact exploratoire avec les narrations de femmes en PMA a déjà permis de mettre en lumière et d'approfondir certaines idées. À la suite du travail interprétatif effectué, le canevas d'entretien présenté au chapitre précédent (annexe D) a été conçu. Il reflétait les thèmes que nous avons souhaité approfondir lors des rencontres. Ces thèmes étaient essentiellement les suivants :

- Explorer le parcours en PMA, soit l'expérience comme telle des traitements
- Le rapport au corps
- Le rapport à la féminité ou au féminin

- Le rapport à la limite (relativement à l'arrêt des traitements et/ou l'idée d'arrêter)
- L'arrêt des traitements et la question de la vie sans enfant
- L'accompagnement (quel accompagnement reçu, quels auraient été les besoins sur ce plan)
- La mise en récit à travers l'espace de parole offert par la recherche

Certains thèmes avaient déjà pu être appréhendés à la suite de la recension des écrits. Par exemple, celui du rapport au corps, du rapport au féminin, et de la vie sans enfant. En réponse à la lecture des blogues, la question de la mise en récit m'est apparue comme étant fort importante. En effet, j'ai été frappée par l'investissement que faisaient les femmes de ces espaces virtuels, investissement que j'ai compris comme un besoin de parole et que j'ai eu envie d'explorer plus en profondeur. À travers mes lectures, le thème de la limite m'a semblé saillant. Plusieurs femmes l'abordaient de manière plus ou moins directe et mon regard était sans cesse attiré par cette question. Il va sans dire que l'exercice d'interprétation des blogues relève d'une posture interprétative et souligne ce qui m'est apparu comme important. Notons toutefois que ma lecture a été guidée par les questions portées au cours de cette recherche. C'est donc en étant habitée par ces questions ayant notamment découlé de cette lecture que je suis allée à la rencontre de cinq femmes afin de pouvoir instaurer un lieu de parole et de dialogue quant à leur propre histoire. Ce sont ces histoires et ma lecture de celles-ci qui seront présentées au chapitre suivant.

CONCLUSION DE LA PARTIE I

LES ENJEUX DE L'INFERTILITÉ ET DE LA PMA : DU TROU IDENTITAIRE ET DE LA VACUITÉ DES RÉCITS COLLECTIFS À LA NÉCESSITÉ DE RACONTER

1. Ramifications d'un enjeu singulier et pluriel, actuel et ancien

Cette première partie de la thèse avait pour objectif d'établir l'ancrage du cadre théorique au sein duquel allait se déployer la recherche. La problématique y a donc été présentée, ainsi que l'objectif de la recherche et les questions en découlant. J'ai pu également y présenter de manière approfondie la méthodologie de la recherche ainsi que sa situation sur le plan épistémologique. Enfin, les thèmes ayant émergé de la lecture des blogues ont pu être présentés. Notons que cet élément se situe en partie du côté des « résultats » de la thèse, puisqu'il est le fruit d'un travail d'analyse, et en partie du côté du contexte théorique, puisque le contenu des blogues a été appréhendé comme appui à la pensée, et à la manière des écrits existants déjà sur le sujet. Certes, il ne s'agit pas de littérature scientifique, mais il trouve sa place en ayant le statut de récit, ce qui dans une perspective herméneutique fait partie de ce qui nous aide à réfléchir notre sujet. Par ailleurs, le travail interprétatif s'est situé à un niveau exploratoire, permettant ensuite d'orienter la suite du travail de recherche.

J'ai présenté la pensée d'auteurs issus de différentes disciplines et différents courants, puis j'ai abordé différents thèmes connexes pouvant contribuer à l'élaboration d'une recherche sur l'expérience que font les femmes de la procréation assistée lorsque celle-ci ne débouche pas sur la venue d'un enfant. Ainsi, nous avons pu constater que les nouvelles technologies de la reproduction comportent certains enjeux éthiques en lien avec leur histoire et leur place au sein de l'univers social. Par ailleurs, nous avons pu constater que le développement de ces technologies n'est pas sans lien avec certaines mutations au niveau du rapport à la maternité et au désir d'enfant. Ensuite, le résultat de nombreuses recherches empiriques dans le domaine de psychologie a fait état des difficultés inhérentes à l'infertilité, mais également à l'expérience de la procréation assistée. Nous avons pu notamment constater que la souffrance semblait culminer chez les femmes qui après un long parcours en PMA ne deviennent pas mères. La plupart des recherches sur cette question sont quantitatives et offrent un portrait descriptif de la situation en matières de statistiques, d'échelles de dépression et d'anxiété et de mesure de la détresse telle que rapportée par les femmes. C'est sur ce plan que notre recherche trouve sa pertinence : elle s'intéresse spécifiquement à cet aspect de cette expérience où semble se vivre une très grande souffrance, et ce depuis une posture qui souhaite donner la parole aux femmes vivant cette expérience.

Rappelons que les éléments présentés ci-dessus permettent déjà de souligner la complexité du phénomène en question. En effet, si les recherches en psychologie ciblent essentiellement le vécu individuel et psychologique des personnes traversant ces parcours, il semble que la dimension individuelle soit intimement liée au vaste contexte dans lequel elle s'inscrit. À travers les écrits de Monette Vacquin, notamment, nous avons pu constater combien certains fantasmes individuels trouvent leur racine et leur écho dans le collectif, et viennent s'inscrire dans la culture de laquelle le sujet est issu et au sein de laquelle il se construit comme sujet. À la

lumière des enjeux soulevés sur les plans éthique et politique, force est de constater que le domaine de la procréation assistée vient toucher différentes sphères. Par exemple, pour la femme qui ne parvient pas à devenir mère, la PMA s'avère une avenue possible. Or son parcours peut soulever un défi identitaire, relationnel et existentiel selon l'histoire personnelle de cette femme, et la manière dont elle traverse sa trajectoire. Cela peut toutefois venir éveiller la question de sa place au sein de la société en étant une femme avec ou sans enfant, son sentiment d'avoir le droit de recourir ou non à ces technologies, etc. Enfin, lorsque les traitements s'avèrent infructueux, nous avons vu que la question de l'arrêt des traitements se pose, tout comme la souffrance d'envisager une vie sans enfant.

À travers les éléments relevés de la littérature psychanalytique, la part inconsciente de chaque individu a été mise en lumière, autant que la dimension pulsionnelle et sexuelle inhérente à l'existence et au fonctionnement psychique. Cette pensée peut ouvrir nos horizons quant aux multiples niveaux (inconscient, préconscient, conscient) mis en jeu dans l'expérience de l'infertilité et de la PMA. Ce faisant, il semble important d'avoir ceci en tête particulièrement dans un contexte où le geste technique visant à répondre à une demande manifeste par un moyen d'action laisse apparemment peu d'espace à l'élaboration du sens de ces actions. Ce qui semble mis en saillance ici est que l'expérience de la PMA et de son échec concerne un vécu à la fois singulier et pluriel, se donnant à vivre et à sentir chez l'individu qui traverse ces parcours, mais venant éveiller des représentations sociales et collectives participant à la construction identitaire de chacun d'entre nous.

L'ancrage humaniste propre à cette recherche a pu être étayé, permettant de présenter les grands enjeux de l'existence qui aident à penser le phénomène de la PMA. Que ce soit à travers la question de l'origine et de la mort, le thème de la limite, le rapport au corps, à la maternité et au besoin de narration, l'expérience de la PMA semble pouvoir se rallier à des enjeux touchant chaque humain dans sa condition fondamentalement existentielle. Cela fait donc de mon sujet de recherche à la fois un thème très actuel bien ancré dans le réel, et à la fois un thème évoquant plusieurs questions portées depuis bien longtemps à travers l'existence humaine. La venue d'un enfant (avec tout ce qu'elle comporte de mystérieux), les avancées technoscientifiques, leur tentative de maîtrise sur l'existence et leur portée symbolique, la finitude, le désir, la confrontation à la perte, sont des questions qui rallient chaque être qui est confronté, un jour ou l'autre, à ces existentiels. C'est en réfléchissant avec l'éclairage de ces enjeux fondamentaux et en tentant de raconter l'expérience des femmes sous cet angle que je souhaite apporter un regard original sur ce sujet. En effet, peu voire pas de recherches se sont intéressées à l'expérience de l'échec de la PMA dans une perspective existentielle et par une démarche herméneutique.

2. Des « données » à l'image de la complexité : provenances multiples et types variés

Il me semble avoir amplement insisté sur la complexité du phénomène en question. Il m'apparaissait aussi nécessaire que pertinent que cette complexité puisse trouver sa place et être reflétée à travers les différents éléments de ma recherche. En ce sens, le choix de puiser dans différents types de « données » me semblait cohérent. L'utilisation du mot « données » est ici un raccourci langagier. En effet, ce terme, qui réfère aux méthodologies issues des sciences naturelles, peut sembler en incohérence avec notre approche. Il serait peut-être plus juste de parler de récits, d'écrits, de

productions artistiques (par exemple dans le cas de la photo). À la limite, nous aurions pu recourir à une œuvre d'art, un film, un roman pour nous pencher sur ce sujet de recherche. Le choix d'effectuer des entretiens relevait pour moi de la volonté d'offrir un espace de parole à des femmes ayant vécu cette trajectoire. Or je ne me représente pas le contenu des entretiens comme un contenu que je peux examiner afin de trouver une vérité sur leur expérience, mais plutôt comme une histoire avec laquelle je pourrai dialoguer. En ce sens, les récits des femmes sont abordés comme des œuvres, comme si je lisais un roman, par exemple. Cette clarification à propos du statut des « données » me semble importante à faire puisqu'il oriente la suite du travail tout comme ce qui en résultera.

Ainsi, dans le but d'aller puiser dans différentes sources de récits et de fréquenter le phénomène sous différents angles, j'ai eu recours à plusieurs types de contenu : les écrits philosophiques, psychologiques et psychanalytiques en font partie, tout comme les blogues rédigés par les femmes, l'histoire des femmes que j'ai rencontrées et les photos qu'elles ont prises. Tout ceci a été fréquenté depuis une posture interprétative.

3. Une posture épistémologique qui vise à raconter : pertinence d'une démarche herméneutique

Le chapitre portant sur la méthodologie de la recherche a pu présenter les fondements épistémologiques de cette recherche ainsi que les motifs sur lesquels s'appuie le choix d'une démarche interprétative. D'abord, il en va d'un respect de la condition humaine, laquelle ne peut se réduire aux tentatives d'objectivation que peuvent présenter des modalités de recherche scientifique. Ensuite, il s'agit également de

reconnaître la place qu'occupe le chercheur au sein de sa propre recherche. En effet, s'intéresser à un sujet en particulier ne peut être complètement dissocié de qui nous sommes. Et puisque le chercheur partage la condition humaine de celles et ceux à qui il s'intéresse, il est également pris dans l'expérience qu'il tente d'étudier. Plus personnellement, ce sujet de recherche résonne chez moi à plusieurs niveaux, mais vient notamment toucher le fait d'être moi-même une femme, une femme ayant désiré un enfant et étant mère aujourd'hui. Une démarche herméneutique nécessite que le chercheur se mette en jeu, ou en fait reconnaisse qu'il l'est toujours déjà, quoi qu'il en soit. Plus encore, le chercheur est transformé par sa rencontre avec ce qu'il étudie, et la compréhension naît notamment de cette transformation (Gadamer, 1976).

Ensuite, nous avons pu voir combien l'impossibilité de devenir mère présentait un remaniement identitaire chez plusieurs femmes, et combien la maternité est encore fortement liée à l'identité féminine. Or, peu de récits collectifs offrent un socle pour penser le thème du « sans enfant ». Comme si le trou creusé dans l'existence des femmes par l'enfant désiré rejoignait une forme de vacuité au sein des récits collectifs qui permettraient de témoigner de cette expérience. C'est entre autres à ce vide que cette recherche souhaite humblement tenter de répondre, en proposant un récit sur l'expérience des femmes vivant ces trajectoires en PMA et cessant leur parcours sans devenir mère. Sous l'angle d'enjeux existentiels éveillés auxquels elles se trouvent confrontées, je tenterai de raconter ce qu'elles m'ont si généreusement transmis.

CHAPITRE IV

CE QUE DISENT LES FEMMES : MISES EN RÉCIT INDIVIDUELLES

4.1 Introduction

4.1.1 Introduction au chapitre

Voici donc ce que l'on pourrait presque nommer le cœur de cette thèse. C'est ici que seront présentés les récits des femmes. Cette partie que l'on pourrait classiquement intituler « résultat des analyses » prendra à son tour la forme d'un récit narratif. En ce sens, ce chapitre et le suivant seront rédigés à la première personne du singulier. Ce choix relève du désir de rendre compte du travail interprétatif ayant eu lieu durant les rencontres et après, travail qui m'a personnellement impliquée et mise en jeu. Il s'inscrit également dans la reconnaissance de la subjectivité de la chercheuse et de la place de celle-ci dans la recherche. Notons toutefois que si les entretiens ont été réalisés par moi seule, le compte rendu de l'interprétation des récits résulte d'un exercice à la fois personnel, réflexif et dialogique au cours duquel j'ai partagé bon nombre de discussions avec ma directrice de thèse et certains collègues. Il m'importe de reconnaître l'apport majeur de cette mise en dialogues de mes textes. Le fait de rédiger cette partie de la thèse au « je » représente pour moi la première étape d'un travail réflexif au cours duquel j'ai pu apparaître comme chercheuse, comme femme, en dialogue avec les femmes rencontrées. Cela m'a donc semblé sensé d'aborder ainsi la rédaction de ce chapitre.

Je tenterai donc de raconter l'histoire des femmes dans un récit qui sera d'emblée interprétatif, et c'est là que l'émergence de thèmes sous notre regard pourra offrir un nouvel éclairage sur leur expérience. Plutôt que de ne présenter que les grands thèmes qui se dégagent dans une perspective plus transversale, j'ai opté pour la présentation, dans un premier temps, d'une analyse individuelle du récit de chaque femme. Chaque histoire était si singulière, je souhaitais donner une voix et une place bien spécifique à chacune des femmes. Cela a notamment permis d'accéder à davantage de profondeur dans les analyses individuelles. Rappelons également que l'analyse prend ici la forme d'une tentative de compréhension qui se déploie toujours depuis une posture interprétative. Cette posture ayant été présentée plus en détail au second chapitre de la thèse, je me permettrai de n'en rappeler ici que les grandes lignes. D'abord, la compréhension ne prend pas la forme d'une tentative de maîtrise de l'expérience ou de la recherche d'une vérité factuelle et objective sur ce que les femmes nous ont raconté. Il s'agit plutôt d'une vérité narrative, c'est-à-dire qui réside dans sa capacité de « faire sens », de faire résonner une compréhension nouvelle qui donne à penser et qui permet de s'approcher du vécu des femmes, tout en sachant qu'il sera toujours impossible de l'atteindre complètement. Les éléments présentés au cours des deux prochains chapitres sont donc le fruit du travail de dialogue et de rencontre ayant eu lieu entre chacune des cinq femmes rencontrées et moi, la chercheuse.

Seront donc présentées dans ce chapitre les analyses de chacune des femmes sous forme de courtes études de cas. Rappelons que chaque femme a été rencontrée à deux reprises pour des entretiens d'une heure et demie en moyenne. Avant la première rencontre, il était demandé à chaque femme de prendre une photo qui représentait,

pour elle, son parcours en procréation assistée. Préalablement aux analyses individuelles, une petite section présentera un portrait général et biographique de chacune des femmes afin de dresser un portrait descriptif des personnes rencontrées. Les analyses individuelles, présentées dans un texte pour chacune des femmes, sont le fruit d'un travail interprétatif ayant pris la forme d'un exercice d'écriture et de réécriture. Les textes finaux ici présentés ont donc été lus, relus et travaillés à plusieurs reprises afin de donner corps à un récit qui souhaite respecter à la fois la voix des femmes tout en mettant en lumière le travail interprétatif de la chercheuse, lequel visait à faire ressortir les éléments saillants de l'expérience d'un point de vue existentiel. Afin de répondre aux objectifs et questions de la recherche, l'analyse par écriture a été abordée à partir des entretiens de recherche en ayant en tête les thèmes soulevés par les questions de recherche. A donc été considérée la manière dont ces thèmes résonnaient ou non pour les femmes, mais également d'autres thèmes qui ont émergé des entrevues sans avoir été interrogés directement. Rappelons enfin que les prénoms utilisés pour désigner les femmes ainsi que leur conjoint (le cas échéant) sont des pseudonymes choisis par la chercheuse afin de respecter la confidentialité. Voici donc une brève présentation de Nina, Virginie, Sophie, Éva et Véronique.

4.1.2 Portrait général et descriptif des femmes rencontrées

Nina est la première femme que j'ai rencontrée dans le cadre de la recherche. Au début de la quarantaine, cela fait huit ans qu'elle et son mari tentent de fonder une famille. En couple depuis 10 ans, c'est après plusieurs tentatives naturelles infructueuses qu'ils se sont tournés vers la PMA. Nina est une professionnelle de la santé qui se dévoue maintenant à l'enseignement de sa profession. Anglophone, elle est parfaitement bilingue et s'exprime clairement et avec beaucoup de vivacité. Après plusieurs inséminations artificielles avec sperme du conjoint et deux cycles de FIV avec transfert d'embryon, elle a cessé les traitements et poursuit maintenant un

processus thérapeutique orienté sur le corps afin de se remettre de cette expérience difficile et de trouver sa place en tant que femme sans enfant.

Virginie est une jeune femme québécoise âgée de 28 ans au moment de notre rencontre. Elle est en couple depuis 10 ans avec son conjoint. Elle travaille comme technicienne de laboratoire dans un établissement d'enseignement et s'investit depuis quelques années à l'accompagnement à la naissance et à différentes activités relatives à la périnatalité (cours prénataux, enseignement du yoga prénatal, massage pour bébés, etc.). Elle et son conjoint ont effectué trois cycles de FIV dont deux avec transfert d'embryon.

Sophie est une femme âgée de 42 ans. Elle est en couple depuis 4 ans. Elle travaille dans un centre de service à la clientèle afin de compléter sa carrière artistique (comédienne, chanteuse) et développe un grand intérêt pour la photographie. Elle a rencontré son conjoint à la fin de sa trentaine et avait alors fait le deuil d'avoir un jour un enfant. Sa nouvelle union a fait revivre ce désir, mais après plusieurs tentatives naturelles vaines et vu son âge, ils se sont tournés vers la procréation assistée. Sophie a fait un seul cycle de FIV sans transfert d'embryon. Je l'ai rencontrée deux mois après cet unique essai infructueux et cette expérience était encore très près d'elle.

Éva est une femme québécoise âgée de 29 ans. Elle et son conjoint avec qui elle est en couple depuis quatre ans sont mariés. Elle détient un baccalauréat en enseignement, est enseignante au primaire et s'implique beaucoup dans différentes causes qui lui

tiennent à cœur. Elle et son conjoint ont fait deux inséminations avec sperme du conjoint, puis 3 cycles de FIV dont le dernier sans transfert d'embryon. Durant leurs démarches, ils ont eu recours à une sexologue, puis Éva a entrepris une psychothérapie individuelle depuis quelques mois. Au moment de notre rencontre, ils prennent une pause et hésitent à faire le dernier cycle (dernier transfert) auquel ils auraient droit en vertu du Programme québécois de procréation assistée encore en vigueur à ce moment.

Âgée de 40 ans, Véronique est québécoise et travaille dans le domaine de l'orientation professionnelle, comme conseillère en orientation et aide pédagogique. Elle et son conjoint sont en couple depuis environ 15 ans, et se sont mariés deux ans après le début de leur relation. C'est à ce moment que son conjoint a appris qu'il était infertile, à la suite d'un examen médical de routine. Ce n'est que plusieurs années plus tard qu'ils se sont tournés vers la PMA et ont tenté sept inséminations avec sperme de donneur ainsi que deux cycles de fécondation in vitro. À la suite de cela, Véronique a obtenu un arrêt de travail, car elle présentait des symptômes anxio-dépressifs, puis elle et son conjoint ont décidé de cesser les traitements et d'envisager une vie sans enfant. Comme suite à l'arrêt des traitements, Véronique a suivi une psychothérapie d'environ dix séances. Elle dit assumer son désir d'être une femme sans enfant et tente de donner sens à cette réalité qui est la sienne.

4.2 Nina

Lorsque je rencontre Nina, elle a cessé les traitements de fertilité depuis quelques mois. C'est une sorte de cri du corps qui l'a poussée à mettre fin à ces démarches

alors qu'elle a subi tout un lot d'épreuves : réaction allergique grave aux médicaments, effets secondaires intenses, hyperstimulation ovarienne, grossesse ectopique, rupture de la trompe de Fallope qui a mené à une chirurgie d'urgence. Cela fait 8 ans qu'elle et son mari tentent de fonder une famille. À l'âge de 34 ans, on lui découvre un fibrome qui empêche la fécondation d'avoir lieu. À la suite d'une intervention à ce propos, le médecin lui suggère fortement d'avoir néanmoins recours aux traitements de procréation assistée étant donné son âge qui avance. C'est ainsi que Nina me raconte son douloureux parcours; deux ans de stimulation ovarienne, inséminations avec sperme du conjoint, puis deux cycles de fécondation in vitro avec, au second, une grossesse ectopique. Nina est une femme de 40 ans, professionnelle de la santé qui œuvre dans le milieu médical et celui de l'enseignement et qui s'exprime de manière très articulée. Elle est anglophone, mais parle très bien français. Elle ne s'exprimera en anglais qu'à certains moments précis des entretiens. Nos échanges sont fluides et les rencontres se passent comme si nous nous connaissions déjà. Elle est expressive, parfois très drôle, et me livre son récit avec générosité et sincérité. Je suis frappée par la grande place qu'occupent les récits de douleur physique, récits détaillés des maux du corps. Elle me raconte également ses vécus de solitude à travers les démarches de même que le sentiment de ne pas être entendue ni reconnue à travers ce parcours vers l'espérée maternité. Alors que Nina est très volubile lors du premier entretien, mais aussi très expressive, spontanée dans ses réponses, drôle par moments, elle est beaucoup plus songeuse et réservée lors du second où elle me dit avoir l'impression que la première rencontre a « tout ramené à la surface ». Durant la semaine séparant les deux rencontres, elle dit s'être sentie très émotive et plus fragile, sentiment qui persiste lors du second entretien. Cela soulève certaines réflexions quant à « l'effet » de raconter son parcours à quelqu'un. Quelque chose qui fut ramené à la surface est quelque chose qui avait été enfoui d'une certaine manière. Comme si le fait de raconter son parcours donnait vie à ces souvenirs douloureux, les faisant exister pour elle et pour moi qui l'écoutait et s'y intéressait. Le deuxième entretien, un peu plus dirigé, a permis de revenir sur des éléments à

préciser ou à approfondir. Entre autres, la question de la vie sans enfant et de l'accompagnement à travers ces démarches ont pu être abordés plus spécifiquement. Voici donc mon propre récit de ce que m'a raconté Nina, cette femme pour qui la PMA semble avoir été vécue comme un chemin de fer, rigide et droit, duquel il est extrêmement difficile de déroger. Ce fut aussi, dans l'après-coup, un chemin vers elle-même, un retour à soi qui s'articule aussi avec une ouverture à l'autre, et dans lequel s'inscrit peut-être le fait de participer à une recherche sur le sujet.

4.2.1 L'expérience de la PMA ou récit d'un chemin de fer

Nina n'avait pas fait l'exercice demandé de prendre une photo. L'occasion ne s'était pas présentée de photographier ce qu'elle avait en tête. Elle m'explique qu'elle n'a pas « réussi à prendre la photo qu'elle voulait ». Elle me décrit plutôt l'image qu'elle avait en tête, celle d'un chemin de fer. Elle souhaitait photographier quelque chose « d'établi », de « rigide ». Le chemin fait de fer, droit tracé, sur lequel roule une locomotive difficile à arrêter. Elle me nomme que cette image évoque pour elle le chemin tracé par la société pour la majorité des gens, soit celui de fonder une famille, d'avoir des enfants et de les avoir naturellement. Comme si devenir adulte signifiait pour elle « d'embarquer dans le train ». La rigidité de la voie ferrée résonne aussi chez elle avec ce que la société exige des femmes dans leur parcours de vie; être mère, porter les enfants. Mais le chemin de fer évoque également pour Nina le parcours de la procréation assistée :

Mais c'est quand, à ce moment-là quand tu rentres dans une clinique de fertilité, t'embarques dans le grand bateau pis on dirait qu'eux y vont t'emmener dans un certain objectif euh, objectif très, très... on dirait qu'y'a toujours une urgence.

La PMA lui apparaît comme une machine difficile à arrêter une fois qu'on y est embarqué. Nina dit s'être sentie « embarquée » dans ce train dont elle n'a pas eu le sentiment de pouvoir choisir la vitesse de croisière, ni même peut-être la destination.

Elle évoque quelque chose de l'urgence ressentie, ce qui peut-être mène à adopter une vitesse de croisière assez rapide. « T'sais moi c'est, une famille, c'était un objectif, c'était un désir, mais c'était pas une urgence. Et là je trouvais qu'y'avait énormément de pression ». Ainsi la vitesse choisie ne concordait pas nécessairement avec sa manière de porter son désir de fonder une famille. Deux pôles semblent s'opposer presque, d'un côté le désir, de l'autre l'urgence. Il me semble important de souligner l'image évoquée par le fait d'embarquer dans le « grand bateau » et qui peut rejoindre celle du train. Ces véhicules géants sont peu malléables. La vitesse de croisière gagnée, le trajet suit son cours, sans pause et sans arrêt. Il faut se rendre à destination par le chemin prévu.

À un autre niveau, Nina semble avoir vécu le « manque de temps » dans la concrétude des procédures médicales. Là où tout va très vite, elle me raconte que peu de médecins ont su prendre le temps de discuter avec elle, ne serait-ce que pour accueillir une réaction à une mauvaise nouvelle ou les effets d'une intervention sur son corps, par exemple. Elle fait le récit d'une hyperstimulation ovarienne suivie de la ponction ovarienne lui ayant causé beaucoup de douleur. Elle souhaitait alors attendre pour l'insémination.

Encore là, j'avais dit, parce que c'était tellement difficile d'avoir passé cette provocation-là de, de production de follicules, j'avais demandé « est-ce qu'on peut arrêter et donnez-moi le temps de me retrouver dans mon propre corps pis à ce moment-là vous pourrez m'implanter. » Pis y'ont dit non. Y'ont dit « faut le faire tout de suite ». Fait que je pense que c'est 3 à 5 jours plus ils te, ils t'implantent un, un follicule. Fait que j'ai dit « c'est sûr ça va pas marcher, j'suis tellement déséquilibrée.

À travers cet extrait, ce que Nina semble décrire est le manque de temps pour récupérer, ou pour reprendre son souffle. En l'écoutant me vient l'image d'une femme bousculée à qui on ne donne pas le temps de se relever avant d'être bousculée encore. Par ailleurs, un mouvement paradoxal se dessine : alors que les médecins calculent le moment optimal pour effectuer l'intervention, Nina porte en elle la conviction que le traitement ne pourra fonctionner. L'image du train qui, une fois démarré, ne peut s'arrêter peut trouver écho ici dans le rythme des interventions qui semble dicté par les protocoles établis. Le parcours suit un rythme imposé de l'extérieur plutôt que de s'accorder à une rythmicité intérieure vécue et ressentie par Nina.

Toujours à un niveau différent, Nina semble avoir vécu le manque de temps pour encaisser une mauvaise nouvelle ou un coup plus difficile. Lors d'un essai en fécondation in vitro, elle était devenue enceinte. Cette grossesse s'était toutefois avérée être une grossesse ectopique, ce qui présentait un deuil puisque cela impliquait l'interruption de grossesse. À la suite de l'annonce de la grossesse ectopique, Nina raconte que le médecin lui a souhaité « bonne chance » en lui disant que la prochaine fois, lorsqu'elle reviendrait, cela fonctionnerait. Pour Nina, cette phrase a été reçue avec violence. « Pouvez-vous au moins me laisser faire mon deuil de cette grossesse avant de me souhaiter bonne chance pour la prochaine fois? » Elle semble réclamer un temps pour reconnaître ce qui n'a pas fonctionné avant d'envisager la suite. Ce qui s'est joué sur la scène du corps dans l'exemple précédent semble ici se présenter dans la sphère affective. Nina décrit quelque chose d'une machine qui roule, quoiqu'il arrive. L'image du train énoncée précédemment est évocatrice en ce sens : elle décrit quelque chose de massif qui semble s'imposer. Cette demande de temps et d'espace pour le vécu, l'élaboration et l'appropriation de la perte semble avoir marqué l'ensemble du parcours de différentes manières. Cela a semblé donner à Nina un

sentiment d'étouffement, comme si elle se sentait prise dans « le grand bateau » ou dans « le train » dont elle parle. S'opposent ainsi ce qu'elle décrit comme un besoin d'espace pour reprendre son souffle et l'exigence du rythme imposé par la PMA. Parallèlement, une bataille semble se mener à un autre niveau, entre son corps de chair et l'expérience vécue (par la douleur des traitements et la souffrance de la perte, dans le cas des exemples donnés ici).

Relativement aux objectifs de la présente recherche, une question se dessine déjà ici, à savoir comment sortir définitivement de ce train lorsqu'une pause semble déjà impossible? Autrement dit, qu'en est-il de l'arrêt définitif des traitements? Pour Nina, une pression semble avoir été ressentie sur ce plan également. Alors que l'envie de cesser les traitements s'est manifestée à plusieurs reprises, elle a semblé difficile à entendre pour l'extérieur autant que pour elle-même.

Nina rapporte avoir eu l'impression qu'elle décevrait son mari, sa mère, sa belle-mère, les médecins, bref, beaucoup de pression de l'entourage ressentie mettait un frein à son désir de dire non à la poursuite des traitements. Après avoir pris une première pause à la suite des inséminations artificielles, la décision de tenter le tout pour le tout avec la FIV était entre autres portée par un sentiment de responsabilité qu'elle avait de pouvoir « donner un enfant » à son mari. « Moi je vais le faire comme j'suis la seule femme qui peut te donner un bébé, t'sais, j'me sentirais tellement coupable de pas avoir essayé ». Ici, ce sentiment de responsabilité est peut-être venu prendre une grande place en elle-même, tout en lui rendant difficile d'arrêter en disant « non, je n'essayerai plus ». Comme si le rythme de la PMA, qui s'est vécu comme un train impossible à freiner, avait été couplé à quelque chose de plus intérieur – le sentiment de responsabilité – tout aussi difficile à arrêter.

C'est ainsi que Nina fait le récit d'un parcours qui semble se dessiner à la manière d'un voyage en train sur un chemin de fer, un chemin sans pause et sans espace pour ralentir. Elle souligne parallèlement le peu d'espace pour parler de tout cela et remarque au cours des entretiens l'effet que cela a sur elle que de raconter ce parcours. Il est effectivement intéressant de constater que le premier entretien était très vivant, Nina y était particulièrement volubile et expressive. Lors du second entretien, elle était plus introvertie, et se disait plus émotive. Elle m'a raconté avoir vécu un grand sentiment de tristesse et de solitude durant la semaine entre nos deux rencontres. « T'sais ça a tout comme remonté à la surface. Je pense que ça fait partie de la... guérison, t'sais... ouais ». Elle reconnaît que les occasions où elle a pu raconter l'histoire de son parcours en PMA ont été assez rares, et cela témoigne peut-être du manque de lieu dans l'entourage immédiat et même dans le social pour mettre en mots ce qui est vécu. « C'est rare que les gens aient le temps d'écouter. (...) Je pense que ça les rend mal à l'aise ». En songeant à tout ce qui semble être remonté chez elle après le premier entretien, soulignons que de prendre cet espace de mise en récit impliquait aussi de faire place à la souffrance inhérente au parcours. Elle souligne également que ces occasions de parler furent peu nombreuses en disant que « c'est rare que les gens aient le temps d'écouter ». Il apparaît que le manque de temps tout au long du parcours vient potentiellement rejoindre le manque de temps et de lieux dans le social pour accueillir les marques laissées par ce parcours, ou pour en permettre l'élaboration.

4.2.2 Traversée du corps et corps traversé

La réponse première de Nina à mes questions est presque toujours d'abord un récit du corps. Que ce soit par la douleur, l'épreuve, les descriptions des interventions ou le

ressenti, il m'est apparu que c'est à travers le corps qu'elle m'a en grande partie raconté son expérience en PMA. C'est ce qui m'a menée à concevoir le parcours de Nina comme une traversée du corps, où son corps semble avoir été tour à tour celui qui traverse (l'épreuve) puis celui qui est traversé (littéralement par les instruments et interventions).

La traversée du corps s'illustre dans l'histoire de Nina à travers plusieurs épreuves du corps qui se sont enchaînées; expériences de douleur aiguë, du corps qui réagit fortement, presque comme un cri. D'abord, une réaction allergique sévère au médicament visant à déclencher l'ovulation lors du tout premier essai en insémination. À la suite de l'injection du médicament, Nina a senti son palais et ses lèvres enfler et picoter. Les muqueuses de la voie vaginale étaient également si enflées que l'insémination n'a pu avoir lieu; il était impossible d'insérer le cathéter. Comme si le corps de Nina disait « non » à l'intervention, du moins c'est ainsi qu'elle a compris ce qui se passait alors qu'elle a dit à son conjoint « je pense qu'il faut arrêter, t'sais, regarde, mon corps est en train de réagir ». Elle me fait le récit de cet événement en m'expliquant combien elle a eu l'impression que son corps se refusait aux traitements. Elle me raconte avoir ensuite fait des réactions allergiques spontanément après différentes choses. « On l'sait pas encore à quoi. J'venais la face là enflée... » S'en est suivie une consultation avec un allergologue.

Pis là à ce moment-là lui y m'a dit que j'avais les anticardiolipines présentes dans le corps. Ça voulait dire que y'a quelque chose avec ce, mon système euh, euh, euh... c'est quoi le mot... euh... (silence – 5 secondes), it's the... Auto-immune. Que possiblement j'avais le lupus pis c'est pour ça que je tombe pas enceinte. (...) Parce que mon corps verrait le... le... l'embryon comme euh... (mime l'expulsion avec ses mains)...

C'est moi qui ai complété sa phrase en disant que le corps verrait l'embryon comme « quelque chose à rejeter », ce à quoi elle a acquiescé. Ces mots qui semblaient pourtant correspondre à ce que Nina souhaitait exprimer étaient pratiquement impossibles à prononcer pour elle. Peut-être lui était-il impossible de concevoir que son corps percevrait ce qu'elle disait tant désirer comme quelque chose « à rejeter »? L'idée que l'embryon puisse être perçu comme une sorte d'intrus au sein du corps est très forte symboliquement, du moins c'est qui m'est apparu à travers les difficultés de Nina de l'énoncer. Cette séquence de l'entrevue a été ponctuée de plusieurs hésitations, silences, et pauses. Comme si cela était difficile à nommer, voire à concevoir, dans le récit. À travers les réactions physiologiques, Nina raconte aussi que son corps ne s'est soumis ni à son désir ni aux traitements.

Son récit est marqué de descriptions de douleur très intense. Par exemple, lors des traitements de fécondation in vitro, Nina a fait une hyperstimulation ovarienne. Cette expérience douloureuse est détaillée de manière très minutieuse :

Pis quand ils m'ont stimulé les ovaires, je pense que j'ai fait une hyperstimulation. Je pouvais pu me plier. Les ovaires étaient tellement gonflés que je pouvais seulement être toute droite ou couchée sur le dos. Pis là, à l'hôpital aussi à faire plein de manœuvres, je sais pas comment j'ai pas éclaté!
(petit rire)

Le corps enflé, en douleur, et l'impression d'éclater. Elle poursuit :

Ah oui, non, c'était affreux. J'ai jamais vécu une douleur semblable. T'sais c'est parce que j'avais l'air pareille, mais à l'intérieur j'étais pleine, pleine, pleine, je pouvais pu me plier. Pis ça m'a provoqué énormément de diarrhée. Des diarrhées comme j'ai jamais vécu. Des diarrhées avec des crampes là, vraiment, que je demandais à mon conjoint là de venir s'installer dans le salon parce que moi j'allais là pis j'ai dit « je pense que je vais perdre connaissance.

Elle me raconte une douleur insoutenable, insupportable, aiguë. Elle me raconte aussi une douleur qui peut passer inaperçue pour l'autre puisqu'elle dit « j'avais l'air pareille, mais à l'intérieur... » Une douleur interne, invisible pour l'autre, mais intensément ressentie par elle, à même son corps qui se gonfle, se vide, se crampe, se fige de douleur; donc un décalage entre l'intérieur et l'extérieur, entre ce qui se voit et ce qu'elle vit. L'on peut se demander ici ce que cela vient nous dire de l'expérience de Nina. D'abord que quelque chose semble passer par une mise en récit de l'épreuve du corps, d'un corps qui a mal. La description détaillée et intense de la douleur porte par ailleurs une charge certaine, comme si quelque chose de l'intensité du parcours se disait à travers cela.

Quelques jours après l'hyperstimulation ovarienne décrite ci-dessus, Nina a donc subi une ponction ovarienne, intervention qui consiste à prélever les ovules en vue de la fécondation in vitro. Elle raconte l'intervention :

Nina : Fait que là, euh... là mon conjoint était avec moi, t'es dans tes, tes, tes trucs là, euh... comment ça s'appelle donc...

Céline : Les étriers?

Nina : Oui, les étriers. T'es très, très vulnérable, mais au moins j'étais couchée sur le dos pis là j'étais plus confortable. Pis hum là, y'ont commencé pis comme, comme j'en avais 16 y'ont eu besoin de rentrer 16 fois avec leur, leur aiguille, t'sais...

Céline : Pour la ponction là.

Nina : Oui. Et c'était en,core je pense, parce que j'étais tellement enflée, j'étais hyper sensible pis je sentais tout, tout, tout, j'étais comme agrippée après la table en train de trembler tellement j'avais mal. Mais euh... je, j'en revenais pas comment que les gens étaient insensibles à l'humain qui était devant eux. T'sais pis y'étaient tellement concentrés à, à cultiver le maximum de follicules.

Ici elle décrit la vulnérabilité ressentie. Celle d'être une femme, en douleur, les jambes ouvertes, pieds dans les étriers, sur le dos. Dans ce moment où le corps qui traverse les traitements est aussi traversé par les traitements, littéralement, par les aiguilles utilisées pour la ponction. Ce mouvement de prélèvement semble accentué par la répétition, 16 fois. Au cours de cette expérience, Nina semble frappée par l'insensibilité du personnel à sa douleur. Au départ, l'infirmière lui dit « mais non, ça fait pas mal ». Nina lui répond alors « mais t'es pas dans mon corps, tu sais pas comment je me sens! » Peu après, une autre infirmière reconnaît sa douleur et lui propose un calmant. Cette reconnaissance du fait qu'elle se trouve en souffrance lui fait énormément de bien et elle a éprouvé beaucoup de gratitude vis-à-vis de cette infirmière qui a su reconnaître, nommer et proposer un soulagement à sa douleur. Cet accompagnement est rapporté comme quelque chose de bénéfique pour Nina. À travers cela est également nommé la présence de son conjoint. En effet, elle parle à

plusieurs reprises de l'homme qui partage sa vie et dont la présence semble importante à travers les démarches de procréation assistée.

Le deuxième transfert d'embryon a eu lieu alors qu'elle vivait de nouveau énormément d'inconfort. Cette journée-là, elle raconte avoir eu des diarrhées incroyables. Le transfert a eu lieu dans ces conditions. Le test de grossesse s'avéra positif. Il était « faiblement » positif. Cela voulait donc dire qu'elle devait être suivie davantage afin de s'assurer de la bonne continuité de la grossesse. Cette nouvelle qui pouvait être reçue comme bonne étant donné le scénario possible de la poursuite de la grossesse laissait toutefois Nina dans un bien mauvais état alors qu'elle était très malade.

Mais à ce moment-là j'étais tellement malade, vraiment les, les diarrhées et je vomissais d'une façon là que... j'étais mon épicerie et je regardais qu'est-ce qui est facile à vomir. T'sais j'étais ma-la-de. J'ai passé mon été sur le sofa à regarder euh à travers la fenêtre parce que j'pouvais pu laisser le bol de toilette. Pis j'ai dit « est-ce que c'est ça être enceinte? » (...) Pis j'me suis mise à avoir des douleurs là que les genoux me venaient faibles pis ça partait toujours du côté gauche.

À ce moment-là, elle eut l'intuition que quelque chose n'allait pas. Elle connaissait les signes précurseurs d'une grossesse ectopique et savait qu'il y avait des chances que l'embryon soit mal implanté. Elle s'est donc rendue à l'hôpital en expliquant ses symptômes. Lors de l'échographie, le médecin trouva donc rapidement le petit embryon, à la jonction de l'utérus et de la trompe. Il était là, vivant, grandissant, à la limite d'où il aurait dû être. Dans les mots de Nina : « Juste à la limite de la trompe et de l'utérus ». C'est à ce moment-là que la grossesse ectopique a été confirmée, avec

le deuil que cela impliquait pour Nina. L'expression « juste à la limite » vient peut-être témoigner ici d'une forme d'intensité, à savoir qu'elle est passée tout près de porter l'embryon en son ventre. Ça y était presque. La ligne est si mince entre la possibilité que cela fonctionne ou pas, et il semble que l'expression utilisée ici par Nina vient mettre en lumière tout l'espoir investi et la fragilité sur laquelle il repose. Elle me raconte ce passage en insistant sur le manque d'accompagnement du personnel médical. Elle me parle de cette médecin qui lui a souhaité « bonne chance » après lui avoir annoncé la nouvelle. Un « bonne chance » reçu par Nina comme une parole froide et insensible. Elle me raconte qu'elle a attendu dans le corridor de l'hôpital. Le corridor, ce lieu de passage qui n'a pas la cloison d'une chambre, ce non-lieu. « Encore, j'suis dans un corridor, vide, toute seule ». Elle me raconte aussi la manière dont l'infirmière lui a donné un petit dépliant sur le médicament qu'elle devait prendre, sans lui donner davantage d'informations. Elle décrit ici une expérience de solitude. En effet, elle dépeint un portrait où se trouvent peu d'interlocuteurs, peu d'écoute, ainsi qu'une réponse informative versus un accueil à son vécu propre.

Elle commença donc le traitement visant à mettre un terme à la grossesse ectopique. Or l'embryon continuait à grossir. Et Nina se mit à se sentir très étourdie. Après avoir consulté à l'urgence, on la retourna chez elle avec l'hypothèse d'une infection à l'oreille interne. C'est à contrecœur qu'elle rentra chez elle sentant bien que quelque chose n'allait pas. « Pis en me penchant pour faire couler l'eau, j'ai senti comme toutes mes tripes tomber dans, dans le fond de mon corps. (...) Je pensais vraiment que l'anus était pour me sortir du corps ». À nouveau, le corps semble servir de vecteur pour raconter l'intensité vécue par la perte de cet embryon implanté juste au mauvais endroit, marquant la fin de la grossesse. Nina fut à ce moment hospitalisée et dut être opérée d'urgence suite à une rupture de la trompe de Fallope. Au cours de cet

épisode, elle dit s'être sentie très seule, mais également habitée par la peur de mourir tant la douleur était intense et les soins en décalage avec l'urgence de la situation. Elle raconte avoir eu le sentiment de ne pas être entendue à l'urgence quant à l'intensité de sa douleur. « Man, I'm gonna die here. That's it. » S'est-elle dit alors dans sa langue maternelle.

Descriptions crues, vives, d'une douleur de l'ordre de l'insupportable. Comme si le corps avait été mis à rude épreuve dans un parcours déjà exigeant. Le corps hurle sa douleur, et on dirait aussi qu'il se défile sans cesse, qu'il se refuse aux prouesses médicales. À travers cela, Nina parle assez peu des sentiments ressentis par l'échec des traitements et le fait de se retrouver aujourd'hui sans enfant. Peu voire pas de mots pour la tristesse provoquée par le deuil de ce projet familial pourtant très investi. C'est presque les descriptions soutenues de l'épreuve du corps qui portent l'intensité de son parcours. Raconter l'expérience de la PMA passe pour Nina par un récit du corps et de sa traversée. De cette manière, le récit est presque fait à la troisième personne (le corps), et au « je » dans une moindre mesure. La douleur se donne à sentir très concrètement dans le corps. Elle se raconte par la suite et l'expérience vécue dans la chair trouve peut-être son écho au sein de la souffrance psychique de l'infertilité. Comme si la douleur physique racontée dans un second temps vient également dire quelque chose de la souffrance sans aborder ce thème spécifique de front. Il semble que l'on puisse presque percevoir le corps comme dépositaire de l'épreuve qui, par cette distanciation du « je », devient possible à mettre en récit. Qui rend possible à raconter comme une véritable traversée du corps, presque comme une épopée pour devenir mère.

Parallèlement, le corps semble avoir également été traversé, au sens littéral. Avec le corps qui a mal, Nina me raconte également un corps que l'on pourrait dire dévoilé au grand jour, avec ce que cela comporte d'exposition de l'intimité et de la vulnérabilité. Elle me décrit la ponction ovarienne en parlant de la position couchée sur le dos avec les pieds dans les étriers en disant qu'elle était à ce moment très vulnérable. Elle fait également le récit de ce transfert d'embryon qu'elle a subi alors même qu'elle était aux prises avec des diarrhées importantes et que cette situation était bien malaisante pour elle. Elle me raconte aussi qu'au moment de la rupture de sa trompe, elle s'est trouvée prise de douleur, à la salle de bain, avec une infirmière qui ne savait visiblement pas comment lui administrer le médicament dont elle avait besoin.

T'sais pis là j'suis accrochée, je dois être super blême, j'ai t'sais mon pyjama autour des chevilles, assis sur une toilette, accrochée après mon... ma pompe... (...) Je reprends l'aiguille, je commence à me donner l'injection, mais c'est douloureux, ça pince, pis j'y vais tranquillement. Fait que elle [l'infirmière], elle me dit « it's taking too long, I'll come back. » Fait que elle me laisse, avec une aiguille dans ma cuisse, blême, en douleur, pis elle part, parce que ça prend trop de temps.

Je suis restée longtemps avec cette image d'une femme en pyjama assise sur la toilette, qui se pique, seule. Image frappante, évocatrice, troublante. Cette vision m'apparaît comme le contraire de l'hospitalité. Je me dis que ce n'est sans doute pas pour rien que Nina me raconte cela. Elle me parle alors du corps percé par l'injection, mais aussi du dévoilement de la vulnérabilité.

Soulignons certains éléments techniques qui mettent en saillance certains de ces éléments quant aux traitements. La ponction ovarienne, de même que l'implantation

de l'embryon, s'effectuent alors qu'une échographie simultanée projette sur grand écran cet intérieur du corps intime, rendant visible pour l'œil ce qui habituellement ne l'est pas. « Et euh... on a vu l'embryon euh sur l'écran, ça aussi c'est impressionnant. On a déjà, y'était déjà en éclosion, y sortait déjà de sa coquille. » Nonobstant le côté « impressionnant » d'accéder à ce processus si précoce du début de la vie, les technologies permettent de rendre très réel et très concret ce qui est habituellement voilé, mystérieux. Ce dévoilement peut mener à un grand investissement de chacune des étapes de la conception. Pour Nina, l'embryon avait pris corps dans son être et dans son imaginaire, soutenu par l'image qu'elle pouvait s'en faire. Par le fait qu'elle l'avait vu bouger. Nina me raconte que le médecin avait alors dit « ah, ça c'est de la vitalité là, je le sais que ça va fonctionner, regardez, y'attend juste de s'implanter. » Certes un tel message se veut peut-être optimiste. Il s'appuie sur la réalité empirique, celle dont l'œil peut attester de la véracité. Mais cette parole du médecin ne laisse que très peu de place à la possibilité de l'échec ou au vécu de l'incertitude. C'est ainsi que ce dévoilement des différentes étapes de la conception se présente sous plusieurs visages. Chaque étape menant à la conception d'un enfant est pratiquement décortiquée et mise à jour. Par exemple, Nina me raconte qu'elle apportait à l'infirmière l'échantillon de sperme de son conjoint alors que ce dernier était soucieux que l'échantillon ne soit pas assez « volumineux ». Elle avait fait part de cette crainte à la technicienne de laboratoire qui avait assuré que l'échantillon était suffisant. Nina me dit : « Des conversations qu'on n'aurait jamais en temps normal, que là on les a avec des étrangers dans, dans des corridors t'sais, même pas dans des, des lieux privés! »

Si le corps semble être le lieu par lequel Nina se raconte, et ce dont on parle également (avec les professionnels de la santé), il se veut également la scène sur laquelle se déploient certains enjeux évoqués par Nina. La vulnérabilité, lu

dévoilement, quelque chose qui côtoie l'intrusion se donne à voir à travers les éléments rapportés concernant les interventions multiples (injections, ponctions, examens, échographie, la posture couchée les pieds dans les étriers, la jaquette d'hôpital). Par ailleurs, il semble que le corps de Nina ait traversé l'épreuve de la PMA à la manière d'un guerrier ou d'un martyr : souffrances perpétuelles, douleur à endurer, et peu de lieux pour soigner cette douleur. C'est du moins ce que le récit semble vouloir faire résonner, et peut-être vise-t-il à transmettre quelque chose de l'ordre de l'intensité vécue à travers les descriptions minutieuses et détaillées de la douleur aiguë. C'est également par le corps que Nina semble porter l'impression d'être « allée jusqu'au bout ». Voyons maintenant comment s'est rencontré ce « jusqu'au bout », et comment cela a été porté, du cri lancé par le corps jusqu'à la décision d'arrêter les traitements.

4.2.3 Rencontrer la limite : du cri du corps à l'arrêt des traitements

Prenons un moment pour rappeler l'un des objectifs de cette recherche afin d'introduire le thème suivant. En effet, cette thèse vise notamment une exploration du vécu de la limite relativement à l'arrêt des traitements. Pour Nina, il semble que ce soit dans le corps que cette limite s'est donnée à sentir. Voyons plus en profondeur comment cela a été vécu par elle. En effet, c'est son corps qui semble lui avoir fourni le signal d'arrêt. Après la rupture de la trompe de Fallope et la chirurgie qui s'en est suivie, elle a eu le sentiment fort d'être « allée jusqu'au bout ». Comme un cri du corps qui a rendu possible de cesser ces traitements qui semblaient être devenus lourds pour Nina depuis un moment déjà. « Pour moi, c'est clair que ça retourne pas dans mon corps. (...) Je ne pense pas que mon corps est capable », qu'elle m'a dit. La grossesse ectopique qui s'est terminée par une rupture de la trompe causant une hémorragie interne fut davantage qu'une expérience douloureuse; ce fut une réelle mise en danger du corps. Nina dit avoir vraiment eu peur d'y rester, et avec raison

car sans intervention les conséquences d'une telle problématique peuvent être tragiques. L'expérience de l'hémorragie interne semble avoir été couplée à celle de grandes lacunes vécues au niveau de l'accompagnement. « Mais encore, j'me sentais comme un numéro. Un autre numéro, un autre... » Presque dans la continuité de son sentiment d'être traitée « en numéro » à la clinique de fertilité, ce sentiment s'est poursuivi dans la prise en charge médicale autour de la grossesse ectopique qui s'en est suivie. Nina raconte s'être sentie seule, et surtout pas entendue dans sa douleur et dans le sentiment d'urgence de sa situation. Rappelons que Nina est elle-même une professionnelle de la santé qui possède une connaissance du monde médical, mais aussi de la symptomatologie de plusieurs situations médicales. Cela lui donnait donc une certaine conscience de ce qu'elle était en train de vivre et ajoutait peut-être à la colère de ne pas être entendue. À la suite de la chirurgie, elle a pris la décision de cesser les traitements de façon définitive. Là encore, elle me raconte avoir dû tenir tête au médecin qui a tenté de la convaincre de prendre un rendez-vous pour tenter de nouvelles interventions en fertilité. « Vous avez failli me tuer, t'sais, je, je suis pas prête à retourner. Pis surtout si vous m'écoutez pas ». C'est la réponse qu'a donnée Nina au médecin. À la lecture de cette phrase autant qu'au moment de l'entretien, je me souviens de m'être dit que Nina avait littéralement frôlé la mort en tentant de porter la vie. Et la limite pour elle s'est présentée alors qu'elle a craint de perdre sa vie. Il semble qu'elle ait dû se rendre là, comme si le « c'est assez » n'était pas suffisamment fort, avant. Peut-être n'avait-il pas suffisamment de poids. Il semble que la limite, la décision d'arrêter, devait venir pour Nina d'un cri du corps. Mais pas seulement un cri, car cela il y en a eu tout au long du parcours. Le signal d'arrêt devait venir d'une réelle mise en danger du corps. C'était pour elle le point de rupture marquant la certitude que c'était terminé. Comme si c'était le corps qui porte la limite, ou qui rend justifiable de vouloir cesser.

Malgré tout cela, Nina dit qu'elle avait déjà fait le deuil d'un enfant biologique quand ils ont fait les essais en insémination. Pourtant, elle a poursuivi les traitements bien longtemps après. À travers toutes les épreuves du corps, elle a poursuivi. « Quelque part, j'suis soulagée de savoir que j'suis allée au maximum, pis là personne va m'obliger d'y retourner. T'sais là j'pense que les conséquences étaient assez graves que personne pourrait me faire sentir coupable que j'ai pas assez fait. » L'on sent ici une sorte de pression peut-être ressentie de l'extérieur à qui elle a semblé devoir « prouver » qu'elle était allée jusqu'au bout. Comme si avant, les conséquences n'avaient pas été assez graves, du moins elles n'auraient pas justifié qu'elle ne veuille pas poursuivre. Ayant failli mourir, elle avait « assez fait ». Elle poursuit : « Si je m'étais écoutée plus tôt, je pense que j'aurais eu une certaine vulnérabilité de me sentir coupable d'avoir arrêté ». Ce qui semble avoir guetté Nina c'est la vulnérabilité à une certaine culpabilité de ne pas avoir « essayé assez », de ne pas avoir « tout fait ». Sa voix, son sentiment interne, ne semble pas avoir été suffisante à ses yeux. C'est ce que je lui ai reflété au moment de l'entretien, et à quoi elle a acquiescé en plus de répondre : « Oui. Je pense que j'aurais pas eu la... la, pas la force, mais la... hum... t'sais une certaine certitude que là, ça suffit. T'sais? »

Le médecin spécialiste qu'elle a consulté après sa rupture de la trompe lui a également confirmé que de retourner en clinique de fertilité demeurait une option risquée pour elle. « Ça aussi, ça m'a donné un peu de, comme une échine encore pour résister à la tentation d'y retourner ». Le mot tentation n'est pas neutre ici et suppose quelque chose de toujours potentiellement attirant. Il me mène à associer avec l'idée presque du diable, ou d'une forme de transgression. Il me semble souligner par ailleurs tout le conflit inhérent à la décision des traitements alors que celle-ci ne semble pas totalement portée de l'intérieur. Du point de vue du corps et de la réalité tangible, Nina a failli perdre la vie à la suite d'une hémorragie interne en plus d'avoir

préalablement subi de multiples complications liées aux traitements de fertilité. La parole du médecin spécialiste semble s'inscrire dans cette voie, celle de l'arrêt prescrit pour ainsi dire. Du point de vue du monde interne de Nina, peut-être que cela n'est pas si clair et que la tentation subsiste. Comme si une part d'elle-même renonçait difficilement malgré tout. Ainsi, il semble que la limite franchie puis appuyée par la parole de ce médecin vient peut-être la protéger d'elle-même en quelque sorte, lui donnant une assise pour continuer de refuser, ou pour s'autoriser à refuser.

Depuis l'arrêt des traitements, Nina poursuit une démarche personnelle dans le cadre d'une thérapie somatique. Elle rapporte que cela l'aide beaucoup me disant que ce travail la ramenait à elle, à habiter son corps à nouveau, et que sa thérapeute « ne lui permet pas de s'effacer ». Elle me dit « Je pense que les résultats auraient été autres si j'avais commencé plus tôt à avoir un soutien. J pense que j'aurais abandonné plus tôt. » La question de l'accompagnement se pose alors ici sous un autre angle. Quel est, en effet, le rôle de l'accompagnement à travers le processus de prise de décision quant à l'arrêt des traitements? Alors que Nina énonce clairement avoir eu envie d'arrêter plus tôt, il semble que celui lui ait été impossible de le faire. Peut-être ne se sentait-elle pas soutenue dans cette décision. Peut-être se sentait-elle très seule. Qui porterait avec elle ce renoncement? Qui porterait avec elle le poids de cette décision? La question de la solitude à porter la limite semble majeure ici. C'est peut-être ce qu'elle souligne lorsqu'elle évoque qu'avec un accompagnement, elle aurait peut-être arrêté plus tôt. Comme si elle avait en elle l'intuition de quelque chose, comme si elle entendait qu'elle devait cesser depuis un moment, mais que seule elle n'aurait pu parvenir à assumer cela. À en porter seule le poids. Parallèlement, il semble que l'accompagnement qu'elle reçoit lui permette de prendre sa place en quelque sorte. Elle dit que sa thérapeute « ne lui permet pas de s'effacer ». Quelque chose se dit là-

dedans, de l'ordre peut-être d'une place que Nina doit occuper en elle et dans le monde. Une place en elle pour s'entendre dire non et accorder une valeur à ce ressenti, à cette parole, pour ensuite pouvoir la porter aux yeux des autres. Soulignons par ailleurs que l'arrêt des traitements implique la perspective d'une vie sans enfant. Et peut-être ainsi de concevoir autrement sa manière de s'inscrire comme femme dans le social, dans son couple, dans sa propre trame familiale et dans son histoire de vie personnelle. C'est sur ce chemin que s'est dirigée Nina, dans ce qui m'a paru un retour vers elle.

4.2.4 Dans le monde et en soi, quelle place pour une femme sans enfant?

Tout au long des entretiens, Nina a souvent évoqué ce sentiment de ne pas avoir de place. Aussi le thème de la place m'a semblé assez prégnant. D'abord, elle a rapporté à plusieurs reprises s'être sentie « effacée » par les interventions, comme si elle n'arrivait pas à apparaître comme personne à travers le processus. À la suite de l'arrêt des traitements, elle a commencé un suivi psychothérapeutique avec quelqu'un qui l'aide énormément, par un travail du corps notamment, à se réapproprier son expérience, son vécu. Elle me dit que cette personne ne lui permet pas de s'effacer et que ce suivi l'aide à dégager un espace pour plus de fluidité dans sa vie. « Parce que je pense que je me suis effacée dans le processus, énormément ». Dans l'après-coup, elle dit se questionner sur la réelle mission des traitements de fertilité, sur ce qu'est en fait un « succès? » Elle se dit qu'il s'agit peut-être d'un test de grossesse positif, d'un bébé, mais elle se demande à quel prix. « Moi je pense que le processus m'a... m'a grugée. T'sais comme, vraiment là, durant l'année, je pense que je me suis perdue là-dedans. (...) Fait que là c'est de, de... rebâtir ».

Ce sentiment de ne pas avoir eu de place comme sujet dans le processus résonne par ailleurs avec un questionnement plus large sur sa place comme femme sans enfant dans une société où, dit-elle, on s'attend à ce que les femmes de son âge aient des enfants. Cela se pose très concrètement dans son environnement professionnel où elle se sent en décalage vis-à-vis de ses collègues qui ne partagent pas un quotidien similaire au sien. Un sentiment de solitude l'habite parfois devant ce constat. « T'sais, mais, c'est ça que, c'est juste de retrouver sa place. T'sais trouver le, mon monde ». Ici encore, ce qu'elle semble souligner touche la question identitaire. Qui suis-je au sein de mon groupe si je n'ai pas d'enfant? Quelle place puis-je prendre dans une conversation avec des collègues? Et plus largement, quelle est ma place dans le social?

Parce que les femmes qui sont dans la quarantaine qui ont de jeunes enfants, ils vont se rencontrer, les enfants vont jouer ensemble. T'sais le, y vont parler de leur recette de Ricardo, t'sais! J'trouve ça intéressant, mais encore, t'sais mon train de vie de la fin de semaine, c'est pas de, d'amener les enfants au karaté ou quelque chose comme ça. Moi j'aimerais aller déjeuner, ou j'aimerais, t'sais, j'irais patiner avec eux pis leurs enfants, mais t'sais des fois les heures ça convient pas, en tout cas...

Sa place semble donc à redéfinir, ou à construire. À travers sa profession qu'elle enseigne, elle a un grand souci de transmettre aux générations futures qui pratiqueront son métier. Ouvrant dans une profession de soin, elle se dit qu'il s'agit peut-être pour elle de prendre soin plus largement finalement. À travers sa profession, mais aussi par la transmission de celle-ci à des étudiants qui à leur tour prendront soin.

Pis j'essaie de comprendre, pis ça, je pense que je vais jamais vraiment comprendre, c'est que peut-être mon chemin c'est pas d'avoir ma propre famille, mon propre enfant, mais c'est de prendre soin plus largement, peut-être? Mais t'sais, ça je pense qu'on va le comprendre à la fin de la vie si on comprend...

Le deuil soulevé par l'arrêt des traitements semble également ouvrir une question pour Nina. Une question sur sa place, sur ses projets, sur la manière dont la vie pourra désormais suivre son cours, trouver un sens. En s'ouvrant à quelqu'un, soit à cette personne de qui elle reçoit un suivi thérapeutique, mais aussi en s'engageant à participer à une recherche portant spécifiquement sur l'arrêt des traitements sans que ceux-ci aient débouché sur la naissance d'un enfant, elle se donne la parole en quelque sorte. Et elle tente l'expérience d'inscrire quelque part cette partie de son histoire. Ce faisant, elle occupe sa place, et se donne peut-être l'occasion d'apparaître. De descendre du train, quitter le chemin de fer pour une route encore non explorée. Sans cet enfant désiré, sans la mère qu'elle aurait pu être, mais avec celle qu'elle deviendra autrement. Marcher en revisitant ces moments pénibles, à petits pas, à la fois vers le monde et vers elle.

4.3 Virginie

Ce qui se présente d'abord à moi lors de la première rencontre avec Virginie est une étrange impression de proximité et de distance tout à la fois. Elle agit avec moi d'une manière très familière, chaleureuse et quasi amicale. Cela contraste avec le cadre que je tente d'installer au début de l'entretien notamment en la vouvoyant. Très rapidement, elle me tutoie et je fais de même. Son récit est très clair, elle se présente comme une jeune femme vive, articulée et réfléchie. Tout dans son histoire est bien ficelé. Elle est, dit-elle, « pas mal habituée de la raconter, son histoire. » En effet, auteure d'un blogue et animatrice d'un groupe de soutien pour couples en situation d'hypofertilité, elle est habitée par le thème de la maternité et celui de la difficulté d'y donner corps. Je sens bien qu'elle a réfléchi à la question. Elle se montre très critique

vis-à-vis des interventions médicales et surtout du manque d'humanité et d'accompagnement dans le milieu des traitements de fertilité. Après avoir tenté pendant un an de concevoir un enfant naturellement, Virginie et son conjoint sont allés en clinique de fertilité où les tests ont révélé une forte hypofertilité masculine causée par un cancer qu'a combattu son conjoint au début de la vingtaine. Cette nouvelle fût accueillie comme un choc, le « deuil no. 1 » tel que le raconte Virginie. Après plusieurs inséminations (avec sperme du conjoint) infructueuses, ils se sont tournés vers la fécondation in vitro. Lors du 2e cycle, une torsion ovarienne a mené Virginie à être opérée d'urgence conséquemment à un épisode de douleur extrême et au cours duquel elle a failli perdre son ovaire. Elle demeure profondément marquée par cette chirurgie et par la manière dont son corps a été traité - « charcuté » dit-elle – au cours des traitements. Deux essais infructueux ont eu lieu après la torsion ovarienne et une pause s'est imposée à elle par la suite. Au moment de notre rencontre, cette pause dure depuis deux ans. Alors que la recherche interpellait des femmes ayant cessé les traitements, il ne me semble pas clair que Virginie a cessé les siens avec l'idée d'une fin définitive. Tantôt, elle parle comme si tout cela était terminé, tantôt elle raconte les prochaines étapes en clinique de fertilité. Étant donné les chances très faibles que son conjoint puisse concevoir, Virginie expose que l'étape suivante serait pour eux d'avoir recours à un don de sperme, ce à quoi son conjoint semble fermé pour le moment. Ce désaccord au sein du couple se pose donc comme une limite et empêche la poursuite des traitements. Le renoncement à une grossesse éventuelle semble extrêmement difficile à soutenir pour Virginie. Ceci étant dit, le parcours semble avoir été marqué d'épreuves du corps, de douleur, et de solitude. Solitude vis-à-vis de l'équipe médicale de qui elle ne semble pas s'être sentie entendue. Elle rapporte également un sentiment de solitude vis-à-vis de conjoint avec qui il n'a pas toujours été facile de s'entendre sur certains choix à faire dans le processus (notamment quant à la question d'un éventuel donneur). Finalement peut-être que le thème de la solitude peut être lié au devenir mère, soit ce à quoi elle aspire. Ce projet ne s'actualisant pas, elle semble décrire une forme de solitude par rapport

aux autres femmes qui deviennent mères, mais aussi par rapport à son désir, comme si ce dernier la laissait à elle-même en quelque sorte. Durant les démarches, elle s'est tournée vers l'accompagnement à la naissance et est très investie dans cette nouvelle sphère professionnelle. Elle côtoie donc, et de très près, la grossesse, la naissance, l'enfantement, et peut avoir accès à ce grand mouvement de la vie à travers les femmes qu'elle accompagne. Elle accompagne par ailleurs des couples en situation d'hypofertilité, ayant ainsi l'occasion d'offrir l'accompagnement « qu'elle aurait aimé recevoir ». Voici donc le parcours de Virginie, un parcours en montagne russe – selon l'image à laquelle elle revient souvent – constitué de hauts et de bas, et même de plusieurs bas. Un parcours à travers lequel je constate une tentative presque constante chez Virginie d'en faire quelque chose de beau, d'utile et de sensé. De rechercher le potentiel créateur de cette épreuve.

4.3.1 Incertitude quotidienne et doute existentiel

Pour me raconter son parcours en procréation assistée, Virgine s'inspire de l'image d'une montagne russe. La photo qu'elle devait prendre en vue de l'entretien est finalement une image qu'elle a reconstituée au moyen de diverses images trouvées sur Internet puis modifiée. Ainsi l'on retrouve une montagne russe avec un creux et un sommet. Au creux se trouve l'image d'un nœud de vipères puis au sommet, un lever de soleil. Sur les rails, un seul wagon avec dedans un homme et une femme. « Y'avait un autre wagon, mais je, j'ai laissé juste celui avec deux personnes, donc moi et mon chum. » Elle m'explique que depuis le début des traitements, ce qui lui revient le plus quand on lui demande ce qui est le plus difficile dans ce parcours c'est que « c'est vraiment toujours des, des up and down. Tout l'temps. » Elle poursuit :

Y'a des, des moments où on dirait qu'on est plus sur le plat, le train y, y'est pas en train de faire une ascension, y'est pas en chute libre non plus, y'est juste comme... ben smooth, y suit sont air d'aller, puis y'a comme un moment on dirait que ça, ça part dans tous les sens on dirait en vrille pis hum, on sait

pu trop dans quel euh, si on est à l'endroit, à l'envers dans une courbe, on... on vient qu'on est complètement perdus.

On retrouve dans la description de Virginie une alternance entre des moments calmes et ce qui semble être des zones de turbulence. Ce n'est pas seulement des bas, mais bien des tourbillons qui semblent venir déstabiliser le couple dans la poursuite du parcours alors que « ça part en vrille ». Les creux de vagues sont également bien présents. Ils arrivent de manière tout aussi surprenante et sont représentés sur l'image de Virginie par un nœud de vipères.

Des fois on pense qu'enfin on a comme franchit une étape, on est rendus ailleurs pis là oups, y'a quelque chose qui nous ramène fait que là on replonge encore une fois pis, pour moi le, le nœud de vipères en fait ce que ça représentait pourquoi des, des serpents comme ça c'est que... C'est un peu mon état d'esprit si on veut, c'est qu'un moment donné, tout devient comme tellement tout mélangé (en riant) tu sais pu qu'est-ce qui commence, qu'est-ce qui se termine.

Le parcours est dépeint à l'image du symbole de la montagne russe, comme un chemin inégal, marqué de dualités : ça se passe bien ou mal, c'est calme ou ça « part en vrille ». Avec la difficulté de prévoir, de savoir ce qui vient, et peut-être d'avoir quelque chose qui servirait de repère. Cela semble soulever la question de l'incertitude qui se porte à travers toutes ces démarches. L'incertitude au sens du devenir incertain du projet d'enfant, comme quelque chose d'impossible à prévoir, à

anticiper. À un autre niveau, cela semble mettre en lumière l'idée du « non-savoir », d'un « ne pas savoir », comme s'il s'agissait de ne pas détenir quelque chose qui pourrait servir d'appui stable, d'ancrage. Comme une forme de vérité qui pourrait guider l'expérience ou la suite des choses. La montagne russe semble elle-même imprévisible. Tout est calme, « ben smooth », puis ça « part en vrille ». À la lumière de l'image choisie par Virginie pour raconter son parcours, il semble que cette expérience de l'incertain et de ce qu'on ne peut planifier soit très marquante dans le processus de la PMA.

Par ailleurs, les creux sont représentés ici par des nœuds de vipères dont on ne connaît ni le début ni la fin. Le nœud de vipère, impossible à démêler facilement, littéralement dangereux si l'on réfère à l'animal choisi. À travers cette image, les creux de vague semblent se révéler comme ayant la saveur d'un danger, de quelque chose d'apeurant et duquel on ne veut pas s'approcher. S'opère alors une forme de condensation dans l'image qui est à la fois très forte et repoussante. Cela résonne dans la manière dont se déroule l'entretien : le nœud de vipères est évoqué comme représentant la souffrance sans pour autant être accompagné de mots qui raconteraient cette souffrance. Ainsi, l'image parle d'elle-même, en plus de mettre en acte entre Virginie et moi l'effroi qu'elle suscite. D'où peut-être l'importance pour Virginie d'aller vers le potentiel, vers ce qui est utile pour elle et de se mettre dans l'action. On parle très peu, voire pas du tout, de ces creux de vague.

Virginie et son conjoint sont à un véritable nœud de leur parcours où, au regard des résultats de tests de son conjoint, l'étape suivante serait de recourir à un don de sperme. Virginie est ouverte à cette option, mais cet avis n'est pas partagé au sein du

couple. « Je sais que l'aspect donneur c'est... c'est pas un choix qui va du tout de soi pour mon chum. Lui y serait plus du genre à penser à l'adoption. Pis moi c'est comme, tant que j'ai pas tout essayé pour savoir si j'suis capable de, est-ce que j'suis apte à porter la vie? (...) On dirait que tant que j'ai pas tout essayé ben j'ai peur de rester avec des regrets pis à me demander toute ma vie ». La question de sa capacité à porter la vie est à nouveau soulevée lors du second entretien : « On dirait que ça me laisse comme tout le temps là, un doute. » Comment savoir en effet? Au fond, aucune avenue n'offre de certitude immuable à ce sujet. Avoir la confirmation qu'elle « peut » donner la vie, qu'elle est « apte à porter des enfants » implique enfin pour elle de vivre une grossesse.

La venue de l'enfant désiré semble être également appuyée par la confirmation qu'elle « peut » porter la vie, que son corps en est capable. Il semble ici que l'espoir d'un enfant soit plus que l'enfant lui-même. Comme si l'espoir était double: celui d'avoir l'enfant désiré, mais aussi celui de se voir confirmée comme femme capable de porter un enfant et de le mettre au monde. L'incertitude se joue à deux voix : vais-je avoir cet enfant que je désire? Suis-je capable de porter un bébé dans mon ventre? Cette incertitude face à l'avenir soulève peut-être alors la question du doute à un niveau existentiel, à savoir qu'il n'y a pas de réponses claires à ces questions que pose Virginie.

Lorsque le manège descend au plus bas, c'est peut-être ce deuil immensément difficile que soulève l'impossibilité de porter un enfant et de lui donner naissance qui se présente. Ces « bas » ont également peut-être à voir avec le fait de devoir renoncer à une certaine certitude. Au plus creux de la vague, rien n'est clair. Virginie ne sait pas si elle deviendra mère un jour. Elle ne sait pas si son corps pourra répondre aux traitements. Elle ne sait pas si elle est apte à vivre une grossesse ni si elle aura tout

essayé pour y parvenir. En se tournant vers l'adoption comme le souhaite son conjoint, il lui faut faire à la fois le deuil de l'enfant porté en son sein, mais aussi de la confirmation qu'elle peut porter un enfant. L'enfant désiré semble venir avec une confirmation qui se présente comme une certitude et de laquelle il faut faire le deuil pour faire place à un doute existentiel se traduisant en quelque sorte par une part d'irrésolu. Même si elle se dit ouverte à l'idée d'éventuellement adopter un enfant, le trou que cette perspective laisse en elle semble béant. Et ce vide en elle semble se remplir d'un doute difficile à supporter. Elle évoque que la possibilité d'une fausse couche lui apparaît comme plus supportable que le fait de ne jamais savoir. « J'peux pas dire ça parce que je l'ai pas vécu, mais d'un premier abord, ça serait comme juste ok, regarde, au moins, c'est ça. Je vais l'avoir vécu pendant deux mois pis mon corps euh, ok, pendant un certain temps ça a fonctionné. Au moins, j'aurais pas de regret t'sais, d'avoir essayé. » De nouveau, l'idée de la grossesse comme une confirmation semble soulignée. C'est-à-dire que même si la grossesse n'était pas menée à terme, elle saurait qu'elle peut tomber enceinte, que son corps en est capable. Par la grossesse, son corps lui offrirait une forme de preuve qu'elle a en elle la capacité d'être mère. Sachant qu'il lui est possible de devenir enceinte, la possibilité de ne pas avoir d'enfant deviendrait-elle alors un peu plus supportable? La situation dans laquelle elle se trouve actuelle ne présente aucune certitude et le fait de « ne pas savoir » semble être un aspect important de la souffrance et de ce qui est difficile à supporter. Dans le sens des paroles de Virginie, la fausse couche, même si elle présente un deuil, permet peut-être un ancrage du désir dans le réel et dans la réalité tangible du corps. Et peut-être que de là peut naître au moins la possibilité de garder quelque chose d'une expérience concrète. Enfin, cette thématique semble rejoindre quelque chose de plus lointain dans le rapport qu'entretient Virginie à la maternité. Elle me raconte que déjà à l'adolescence elle éprouvait une fascination pour la maternité. Elle portait alors une sorte de conviction intérieure comme quoi elle était « faite pour ça, mettre des enfants au monde ». Paradoxalement, elle se souvient avoir été également habitée de l'étrange impression que cela lui était inaccessible. Elle me

partage ces réflexions sur le ton de la confiance. Elle exprime à la fois sa grande admiration pour la maternité qu'elle qualifie de « tellement extraordinaire et tellement grande », puis son impression de ne pouvoir y accéder. Il me semble alors que Virginie revisite par là quelque chose d'une limite intérieure et antérieure aux traitements. Comme si ces derniers et l'incertitude qu'ils soulèvent ravivent un doute que Virginie porte en elle-même depuis très longtemps et qui peut venir l'ébranler dans son aspiration à devenir mère et dans sa confiance qu'elle peut y parvenir. Le doute éveillé est alors aussi celui de l'adolescente qu'elle était et qui croyait que ce qu'elle désirait ardemment lui serait peut-être inaccessible. La voilà à l'âge adulte, dans une situation qui n'offre aucune réponse à cette question profonde. Encore aujourd'hui, elle ne sait pas.

Cette incertitude est peut-être d'autant plus difficile à supporter que, paradoxalement, la médecine de la procréation semble de son côté porter un savoir. Les médecins, les « hommes en sarrau blanc » comme les appelle Virginie, ont pourtant l'air de bien connaître les secrets du ventre des femmes. Elle se montre très critique face à l'attitude de certains médecins qui se prononcent sur sa propre expérience sans même lui donner la parole. À titre d'exemple, elle fait le récit de sa torsion ovarienne. Aux prises avec une douleur aiguë et convaincue qu'il s'agissait effectivement d'une torsion, elle s'est présentée à l'urgence de l'hôpital. On lui a alors conseillé de prendre de l'ibuprofène, lui disant que « ça ne pouvait pas être une torsion ». C'était pourtant le cas. Après être retournée chez elle, Virginie a dû retourner à l'hôpital pour y être opérée d'urgence. Elle demeure très critique vis-à-vis de cette expérience, reprochant à l'équipe médicale de ne pas avoir su l'écouter alors qu'elle parlait de ce qui se passait à même son corps. Comme s'ils savaient mieux qu'elle, et comme si eux détenaient ce savoir avec certitude. Se dessine ici une danse sensible puisque tout au long des traitements de PMA, son corps ne lui offre pas de preuve ou de

confirmation de son désir ou de sa capacité à être mère. Quelque chose reste toujours incertain et le corps ne se manifeste pas clairement en réponse à ces grandes questions. Ou alors c'est dans la souffrance qu'il s'impose clairement, et par une grande douleur (comme pour la torsion ovarienne). Or cette souffrance peut se trouver minimisée ou mise en doute par le corps médical. Un peu comme si cette certitude à laquelle Virginie devait renoncer était détenue par l'institution de la médecine, et que lorsqu'une forme d'évidence se présentait à elle (p. ex. la douleur aiguë d'une torsion ovarienne), celle-ci lui était retirée par un savoir plus puissant. « Pis là c'est là que j'ai commencé à comprendre comment que les femmes se sentaient quand y'accouchent pis qu'elles savent exactement ce qui se passe dans leur corps pis qu'y'a comme personne pour les écouter. Fait que j'me suis encore plus dit que c'est pour ça que j'veux accompagner la naissance. » Peut-être que dans tout ce doute, cela lui a été d'autant plus difficile de ne pas se sentir entendue dans ce qu'elle pouvait éprouver comme un ressenti bien réel en elle. Comme si ce savoir d'un autre ordre – plus intuitif – quant à son corps ne pouvait avoir de valeur aux yeux de la médecine. De ce manque de place pour ce savoir des femmes – son expérience résonnant avec celle de femmes qui accouchent - est né chez elle le désir d'accompagner, d'entendre et de donner une voix à cette parole féminine incarnée dans un vécu que l'on pourrait dire intimement liée au ventre. De là s'est déployé tout un parcours au sein duquel elle a puisé dans sa propre épreuve de l'infertilité afin de devenir accompagnante à la naissance en plus d'animer des groupes de soutien liés à l'hypofertilité. L'accompagnement à la naissance lui permet donc, non sans ambivalence, de vivre de près la naissance d'un enfant. Virginie fait souvent des parallèles entre son parcours en procréation médicalement assistée et la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement. Par exemple, en parlant de la ponction ovarienne, elle dit : « C'est atroce...C'est atroce pis j'ai fait beaucoup le parallèle avec le fait de vivre une grossesse ou plus un accouchement euh très interventionniste », ou encore « j'pense que j'suis capable de comprendre les femmes qui accouchent pis qui disent s'être senties comme un morceau de viande sur la table

d'accouchement ». Elle poursuit un peu plus loin : « (...) peut-être que j'avais à vivre ça [la maternité] justement autrement, à travers l'accompagnement à la naissance ». À travers une forme d'identification aux femmes qu'elle accompagne, elle dit vivre un peu la maternité par procuration. Elle nomme par ailleurs la difficulté d'être constamment « face à quelque chose qu'elle ne vivra peut-être jamais ». Sa formation comme accompagnante s'inscrit néanmoins dans une quête de sens, dans une tentative de surmonter l'épreuve de son infertilité et de poursuivre quelque chose d'une transmission autrement qu'en étant mère elle-même. Dans l'idée de réunir celles qui traversent une épreuve similaire, elle aide d'autres femmes à mettre au monde leur enfant, ou à traverser les difficultés liées à la conception. Elle propose un espace où la parole des femmes peut espérer être entendue. Contre le doute inévitable, une certitude toujours persiste : celle du partage que permet la parole.

4.3.2 Maux du corps et mots de femmes

Au cours des traitements, Virginie dit s'être sentie réduite à son organe reproducteur. Alors que je lui demande comment c'était pour elle être une femme pendant les traitements, elle me répond spontanément : « Eh boy! Hum... c'est d'être réduite à l'état d'utérus (rires) ». Malgré le rire qui ponctue son commentaire, l'image persiste en moi. Comme si être une femme avait signifié de n'être plus qu'un utérus. Par la réduction de l'ensemble de l'être à son organe reproducteur, la charge affective des traitements est évacuée. Le rire qui accompagne sa réponse en témoigne, d'une certaine manière. Son commentaire n'est pourtant pas si drôle, mais le rire semble marquer l'expression d'un affect, ou peut-être libère-t-il la tension que soulève son propos. Ce qu'elle évoque semble être que l'attention se centre autour de l'utérus que l'on examine, traite, évalue, mesure, que l'on scrute minutieusement afin de s'assurer de ses meilleures dispositions pour qu'une fécondation puisse avoir lieu. Or tant que l'être est vivant, il n'y a pas de corps sans la personne; le corps de Virginie ne peut se

penser sans elle. Pourtant, à la lumière de son expérience et à l'instar de la maladie ou de la mort, une force de séparation semble avoir eu lieu. Le corps semble avoir été vécu comme différent d'elle-même et cela peut s'entendre à travers certaines formulations utilisées pour en parler : « mon ventre était... », « être à l'écoute de mon corps », « respecter mon corps ». Ces tournures de phrase laissent entendre que le corps est à distance de soi. Le mouvement de dissociation semble s'être accompagné d'un autre mouvement où l'utérus devient si prégnant qu'il englobe alors tout l'être. D'où peut-être l'impression d'être réduite à l'état d'utérus. Comme s'il se produisait une sorte de phagocytage où l'organe ramène l'entièreté de l'être sous son joug, condamnant ainsi Virginie à n'être qu'utérus. Un utérus, le lieu en attente d'enfant, meurtri par les traitements de fertilité, et laissé pourtant vide de l'enfant désiré.

Le ventre de Virginie a été la cible de multiples interventions. Il s'est retrouvé dans les tranchées d'un combat contre le non-accomplissement de son désir d'enfant. Virginie a dû entre autres subir une intervention chirurgicale par laparoscopie à la suite d'une torsion ovarienne. Elle raconte avoir traversé chaque douleur avec la force d'une mère qui s'apprête à donner naissance, se rappelant le sens de ces traitements et leur objectif ultime d'avoir un enfant. Le jeu en valait-il la chandelle? La réponse qui semblait aller de soi durant les traitements est moins claire pour elle aujourd'hui. « Je me dis, ça me tente tu vraiment de toute façon de tomber enceinte dans cet état-là? » Son récit des interventions douloureuses porte une charge intense et palpable dans les entretiens. Après la chirurgie de sa torsion ovarienne, c'est son ventre fragile qu'elle a cherché à couvrir, à protéger. Son ventre immensément blessé. Elle me raconte n'avoir plus jamais été capable de porter de jeans depuis cette intervention. Tout pantalon serré avec un bouton, une fermeture éclair, un élastique ou quoique ce soit susceptible de lui comprimer le ventre était impensable à porter. « Ça les premiers temps c'était impensable, pis c'était pas une douleur physique. Au début oui là,

c'était vraiment à cause des cicatrices, c'était clairement inconfortable, euh, mais même après je, je ne voulais rien savoir de quoi que ce soit qui, qui me comprimait ». Ce qui apparaissait était pour elle un questionnement : « Pourquoi qu'on s'impose ça tout court, les femmes, de devoir porter des choses qui sont pas confortables? (...) [Le ventre] Faut le comprimer, le cacher, le gainer! » Et c'est non sans créer un léger remous au sein de son couple et du regard que son conjoint posait sur elle qu'elle a modifié son style vestimentaire, optant pour les vêtements souples et amples, allant du pantalon bouffant et sans élastique au chandail léger et confortable. Presque comme une ode à son ventre, afin de lui donner la place qui lui revient. Elle raconte avoir adopté un style vestimentaire qui n'est pas sans évoquer les vêtements de maternité, lesquels laissent de la place au ventre qui s'arrondit. On dirait presque le ventre se vit alors comme un symbole de la mère, et que c'est à ce symbole qu'elle souhaite donner une place. Même si son ventre est vide de l'enfant désiré, et qu'il peut se vivre comme inhabité, peut-être est-il en fait habité du désir de Virginie d'enfanter, et c'est cela qu'elle souhaite honorer. Se détachant ainsi d'une image féminine à laquelle elle s'identifiait en portant des vêtements *sexy*, des jeans ajustés, des hauts moulants, mais dans lesquels elle se sentait coincée, pour dorénavant donner de l'espace au ventre et par le fait même, à une féminité différente. Nous pouvons également entendre le besoin de ne pas être réduite, enserrée à cet organe utérus.

Moi j'ai juste décidé que ça me tentait pu de jouer cette game-là de, faut que j'fasse comme tout l'monde pis euh... j'vais m'habiller pour être bien là. Fait que j'pense que c'est ce qui a fait que j'ai persisté à ne plus porter des trucs qui, pis même des chandails, n'importe quoi qui me rend inconfortable, ça passe plus, j'ai pu envie de, de porter ça. Pis ça va au-delà de ce sentiment-là de mes cicatrices, ma torsion, mon ventre tout ça, c'est juste pourquoi on fait ça?

Il semble qu'elle se donne une forme de liberté, ou l'autorisation d'être au sein d'un processus réglé de façon très serrée. L'inconfort réel des vêtements sur le ventre après l'intervention chirurgicale semble avoir causé une remise en question plus large sur l'attention à porter à cette région du corps féminin qui a été, pour Virginie, mise à rude épreuve au cours des traitements de fertilité. En plus des nombreux effets secondaires des différents médicaments, il semble que les épreuves du corps se soient enchaînées. « Puis on dirait que toutes les listes d'effets secondaires qui peuvent exister là, même les plus rares, euh, je les ai toutes eues. » Son récit s'oriente d'ailleurs très rapidement vers ces épreuves, voire ces cris d'alarme lancés par son corps. Au cœur du récit, plusieurs descriptions d'une douleur intense et d'une violence ressentie.

Fait que physiquement c'est, c'est, vraiment là, c'est atroce là. J'ai, j'ai fait une torsion ovarienne, j'ai été euh, j'ai été opérée, j'ai eu une laparoscopie, j'ai failli perdre un ovaire hum... fait que physiquement là, c'est super éprouvant (...).

Le terme « atroce » porte en lui-même une charge d'horreur, presque de l'ordre de l'insupportable et vient témoigner de l'intensité vécue à travers les traitements reçus. Virginie s'est toujours dite proche de son corps et présentait déjà un intérêt pour les approches complémentaires à la médecine. Une sensibilité l'habitait quant à ce qui se passe autour et en plus du fonctionnement physiologique et qui dépasse souvent la dimension anatomique. Cette posture l'a amenée à être très à l'écoute de son vécu corporel, et donc de son vécu à elle. Elle adopta parfois même une attitude très protectrice vis-à-vis de son propre corps, comme si elle le maternait. Ceci s'est manifesté en optant pour un style vestimentaire mettant le confort à l'avant-plan.

D'autres échos sont également survenus à même les traitements par un réflexe de se porter à la défense de son corps.

C'est sûr qu'après la torsion ovarienne aussi, j'étais beaucoup plus craintive. Euh, j'ai eu tellement mal à mon ovaire, j'ai, je suis devenue tellement comme protectrice de mon ventre que de penser avoir une ponction dans cet ovaire-là avec une aiguille euh qui me transperce pis, ça là j'avoue que... pis surtout que y'ont été difficile à aller chercher les ovules là, y'a une infirmière un moment donné, j'vais m'en souvenir toute ma vie, elle m'a vraiment comme pesé sur le ventre pour faciliter la ponction, je pense que je lui aurais... foutu mon pied dans le visage, fait que... non, ça a été vraiment euh... oui.

Il semble qu'à travers la volonté de donner à son ventre la place qui lui revient (par les vêtements, notamment) et par une attitude protectrice vis-à-vis de cette région du corps se dessine l'élan de prendre soin. Prendre soin de son ventre malmené et vide. Prendre soin d'elle également, car ce ventre, c'est le sien, c'est elle. C'est en elle que se vit l'épreuve de ne pas parvenir à porter la vie. Y a-t-il dans cet élan protecteur une tentative de réparation? Est-ce une façon de dépasser l'épreuve des traitements et de tout ce qu'ils impliquent en devenant mère de son corps, d'une certaine manière? L'idée de prendre soin, de protéger, d'envelopper de vêtements confortables évoque différents aspects liés à la maternité ou du moins au maternage et peut-être qu'à travers cela vis-à-vis de son corps, quelque chose se réalise. Peut-être parvient-elle à être un peu cette mère qu'elle désire devenir, en même temps qu'elle trouve un moyen de prendre soin d'elle-même et de se faire une place à la partie blessée par cette épreuve. Comme la douleur semble se donner à sentir par le corps, c'est également par là (dans un prendre soin du ventre notamment) qu'il lui est possible de s'en occuper. Paradoxalement, alors que le corps se trouve dissocié de l'être dans le contexte médical, il semble mettre en saillance de grands enjeux vécus par Virginie;

la douleur de l'absence et la souffrance d'une tentative répétée qui échoue. Car à travers son récit qui met en scène son corps, c'est aussi son vécu qu'elle raconte.

Après la pause des traitements, les effets physiques ont continué de se faire sentir. L'idée de reprendre les traitements soulève ainsi tout un questionnement.

J'me dis est-ce que le jeu en vaut la chandelle d'encore subir tous les maususses de rendez-vous, les, les absences au travail euh, le stress euh, les effets secondaires des médicaments euh, ça m'a pris des mois avant de retrouver une santé physique après ça, de retrouver des cycles réguliers, j'ai eu des problèmes de digestion comme ça a pas d'bon sens quand j'avais mes règles, euh, des maux de tête, des... un paquet d'affaires (soupir).

Le besoin de prendre une pause s'est pratiquement imposé par une sorte de « je n'en peux plus » du corps. Virginie ajoute qu'il ne s'agissait pas que de la douleur clinique. « Fait que le côté psychologique en plus, plus le côté physique de l'arrêt des hormones, c'était comme too much là. Fallait qu'on, fallait qu'on prenne une pause. » À nouveau, l'épreuve du corps était accompagnée et incarnait peut-être aussi en partie la souffrance psychique inhérente aux démarches infructueuses. Son ventre ne se rendait pas visible par la rondeur de la grossesse, il ne se faisait pas sentir par la plénitude d'un enfant qui y grandit. C'est plutôt dans la douleur qu'il se manifestait. Une douleur qui porte autant symboliquement que dans la chair la souffrance de l'infertilité.

Lorsqu'il est question des traitements médicaux reçus, Virginie raconte les nombreuses contraintes au quotidien. L'horaire dicté par les rendez-vous médicaux et l'emploi du temps bousculé par la prise de médication. Par ailleurs, certaines évocations sont particulièrement parlantes. Par exemple, lorsque le médecin lui propose de faire une biopsie de l'endomètre et d'autres tests afin de voir si une problématique existe de son côté, elle se montre très réfractaire. La représentation des autres traitements est un souvenir encore bien vivant. « Ils voulaient me faire une biopsie de l'endomètre pis des tests pis j'suis pas sûre que ça me tente encore de me faire charcuter pis d'être encore sous les projecteurs. » Ces images, « se faire charcuter » et « être sous les projecteurs », méritent que l'on s'y attarde afin de tenter de comprendre un peu plus le sens de l'expérience de Virginie.

Évoqué à quelques reprises au cours des entretiens, l'imaginaire de la boucherie, avec ce qu'il a de cru, de sanglant, est fort parlant. « J'étais pu capable de me sentir comme un morceau de viande. » Ou encore :

J'pense que j'suis capable de comprendre justement les femmes qui accouchent pis qui disent avoir perdu leur identité ou s'être sentie comme un, un morceau de viande sur, sur une table d'accouchement et tout ça là euh... c'est vraiment un... c'est un travail à la chaîne, c'est une business, c'est, on n'est pas, on n'est pas considérées.

Se sentir comme un « morceau de viande » est une expression qui éveille chez moi l'image de prédateurs autour d'une proie. Le morceau de viande qui fait saliver, que l'on se dispute puis que l'on dévore. Un imaginaire bestial, éminemment carnivore et vorace. Des images de morsures, de déchirures et de sang comme si l'image du morceau de viande éveillait un instinct animal enfoui dans les profondeurs de l'humain. Puis dans une autre sphère, l'évocation de la boucherie où l'on apprête à coups de couteau le morceau de viande afin de le servir de belle manière, le cuisiner,

et le manger. « Un morceau de viande sur la table d'accouchement » fait écho aux médecins perçus presque comme des bouchers, ou comme des prédateurs. Dans tous les cas, les représentations suscitées par ces termes viennent parler d'une violence ressentie lors des traitements. Et peut-être d'un sentiment d'être prise en proie aux appétits carnivores d'un médecin qui, dans l'imaginaire, évincerait l'humain du corps sur lequel il intervient. Il faut dire que le morceau de viande dont il est ici question c'est elle. C'est son corps offert en pâture d'une certaine manière. « Se faire charcuter » ouvre notre imaginaire à l'idée d'une dépossession de soi et donne à penser quant à l'objectivation du corps dans le contexte des traitements de fertilité. Il est ici question d'une objectivation radicale où elle se sent réduite à un morceau. Morceau nous mène à morcellement et évoque l'absence d'une intégration si l'on peut dire, l'absence de la considération d'un tout, voire de l'être entier. Se sentir comme un morceau de viande revient à se sentir comme une pièce morte et désaffectée. Ce n'est pas un corps désirant dont il est question, mais de la viande.

Un autre élément à explorer, soit l'image du corps « sous les projecteurs » rejoint davantage l'idée du corps exposé au regard médical, comme s'il se donnait malgré lui en spectacle. Il est possible ici d'entendre la dimension intrusive des traitements. D'abord, les échographies répétées donnent à voir l'intérieur du corps, dévoilant du même coup ce qui est normalement inaccessible à l'œil. Ensuite, l'intervention chirurgicale place le corps aux vues de plusieurs médecins, ici même des étudiants, qui ont pu examiner et même scruter le corps endormi de Virginie.

Pis après ça j'suis devenue l'cas là, les médecins y me voyaient pis tout ça pis « ah, c'est toi qui a fait une torsion! » Pis y'avait toute une équipe médicale, ça je l'ai lu aussi quand ils m'ont opérée là, qui avait toute une équipe, des

étudiants et tout ça qui m'ont tous regardé l'intérieur pour apprendre et tout ça, fait que j'ai fait comme oh my god.

Me vient l'image d'un corps féminin inerte entouré de médecins qui examinent, expliquent et exposent. En même temps l'expression de se retrouver « sous les projecteurs » fait référence au spectacle, à la scène. Or elle n'y était pas vraiment, du moins pas comme actrice prenant part audit spectacle. Elle s'est retrouvée sous les feux de la rampe malgré elle. C'est un peu comme si l'idée de se retrouver à nouveau « sous les projecteurs » allait de pair avec une posture passive où est révélée une intimité du corps dans un contexte qui n'est pas vécu comme bienveillant et auquel elle ne peut totalement consentir puisqu'il implique qu'elle soit passive. L'on peut s'interroger quant au vécu de l'intimité pour la femme qui se retrouve à répétition dans une posture l'exposant au grand jour sous un regard médical, voire chirurgical. Une intimité révélée malgré elle. Et l'on peut mettre ceci en relation avec le manque d'intimité des femmes enceintes dont on touche le ventre sans demander la permission. Le ventre est alors exposé par sa forme et semble presque appartenir au domaine public parfois. Virginie s'est retrouvée au centre du spectacle, mais pas pour ces raisons, pas pour son désir qui s'actualise. À l'inverse, c'est son ventre qui ne parvient pas à porter la vie qui se trouve ainsi exposé. Un ventre peut-être vécu comme « défectueux », ou portant le signe d'une profonde vulnérabilité. Là où se rassemblent les éléments qui font souffrance, soit la douleur, le doute, l'absence de l'enfant, une lumière froide et opératoire s'impose et expose. Se retrouver sous les projecteurs, c'est peut-être aussi se voir exposée malgré elle dans la vulnérabilité et la souffrance qu'elle traverse. Un vécu de cet ordre semble être également apparu dans la sphère du travail. Virginie, en plus de dénoncer la bataille qu'elle a dû mener pour obtenir un arrêt de travail, rapporte la difficulté de revenir au travail par la suite. Elle souligne l'absence de mots d'encouragement de la part de ses collègues. Elle dit

qu'elle aurait aimé recevoir une carte de bienvenue, ou encore un mot de prompt rétablissement, ce qui n'est pas arrivé. Cela donne à penser quant à l'invisibilité de la souffrance de l'infertilité. Virginie raconte que « l'infertilité, ça passe inaperçu ». Comme s'il s'agissait d'un non-lieu, d'un état qui ne se donne à voir que par l'absence et le vide, mais dont les conséquences se vivent dans la sphère publique. Or comme il ne s'agit pas de quelque chose « qui est arrivé », comme une grossesse, ou une maladie, il ne semble pas y avoir de statut particulier lié à cette souffrance et donc pas de mot ou d'attitude qu'il serait convenu d'avoir. Le ressac du vide faisait retour dans le collectif, laissant un trou autour de la femme infertile.

Par plusieurs symptômes physiques qui persistent encore aujourd'hui (douleurs menstruelles intenses, problèmes digestifs à certains moments de son cycle hormonal, maux de tête), Virginie porte les marques de son parcours. Après les quatre essais infructueux, c'est notamment par la voie de son corps que des affects dépressifs se sont fait sentir, et dont elle a voulu prendre soin. Perte d'énergie et d'appétit, grande perte de poids, c'est en un corps excessivement fatigué et en chute libre qu'elle se vivait. Et de là lui est venu le signal d'un temps de repos nécessaire.

J'étais même pas capable de sortir de chez nous, j'étais tellement down. Je l'sais pas si j'ai fait une dépression, je sais pas comment appeler ça. Juste prendre mon auto, être toute seule avec moi-même, avoir du temps pour réfléchir, j'voulais être chez nous, me changer les idées, regarder la tv. Euh, c'était atroce.

Alors qu'elle revendiquait du repos et plus concrètement un arrêt de travail, elle devait se faire entendre auprès des ressources humaines qui ont d'abord refusé son congé, puis accepté avec présentation d'un billet médical. De nouveau pour Virginie, le sentiment de ne pas être entendue. Comme si sa souffrance, presque de l'ordre de l'invisible, ne pouvait avoir de valeur aux yeux de ses supérieurs. « Peut-être parce que ça ne paraissait pas, on dirait que ça paraissait pas assez, t'sais j'étais pas... » Elle n'était pas « assez mal en point » peut-être, au sens où elle arrivait à fonctionner minimalement, mais ce qu'elle ressentait se présentait comme un très fort besoin de prendre du temps. Son médecin lui a suggéré des antidépresseurs qu'elle a refusés, de nouveau avec le sentiment qu'on voulait faire taire une partie d'elle, faire taire sa souffrance plutôt que de lui accorder un espace. « J'ai pas besoin de pilules pour cacher mes symptômes, j'ai besoin de temps! »

Elle ajoute avoir dit à son médecin :

Non, c'est pas de ça [antidépresseurs] que j'ai besoin. J'ai besoin de dormir, j'ai besoin de recommencer à m'alimenter. Je ne ressentais plus la faim. J'étais tellement désorganisée dans mon corps, pis dans ma tête, pis dans mon cœur...

On dirait qu'à travers cette désorganisation elle s'était retrouvée à la fois au plus loin et au plus près d'elle-même. Loin d'elle-même par cette difficulté à se reconnecter à elle (ne ressentait plus la faim, par exemple), et rivée à elle-même par la fatigue persistante, presque prisonnière de son propre corps qui l'accule à sa peine. C'est par son vécu corporel qu'elle a été ramenée à elle, pour ainsi dire. Par là qu'elle a entendu une forme d'appel. Enfin, ce qui se donnait à sentir dans le corps a été

entendu comme un signal : « C'est vraiment un appel de mon corps qui me disait là, ok, ça a juste pu de bon sens là, de, de continuer comme ça. » Les traitements à la chaîne, les rendez-vous médicaux, la prise de médication dictent le tempo de la PMA qui se déploie à un rythme effréné et qui semble avoir dépassé la rythmicité subjective de Virginie. Comme si tout était devenu un tourbillon l'emportant et l'essoufflant jusqu'à l'effacer d'elle-même. La perte de poids marquée et la perte d'appétit, ainsi que la fatigue extrême la retirant du monde en quelque sorte sont venues de pair avec une perte de contact avec sa propre subjectivité. Par ailleurs, ces manifestations corporelles évoquent également le vide. L'absence d'énergie, d'appétit, cette difficulté à « faire le plein » si l'on peut dire, résonne-t-il peut-être avec le vide laissé par l'enfant qui tarde à venir. Il est certes un décalage entre le rythme de la PMA dicté par les procédures médicales et le rythme « naturel » de Virginie, celui-ci mené par son désir et les deuils rencontrés dans l'échec de sa réalisation. Peut-être est-ce de ce décalage que provient le sentiment de « se perdre » qu'elle évoque parfois. L'appel, qui s'est donné à entendre par la voix du corps, en a été un de retour à elle et à sa souffrance. C'est ce qu'elle semble avoir réclamé : du temps pour se retrouver et pour vivre sa peine. On pourrait peut-être même dire qu'elle a souhaité reprendre sa place dans sa propre vie et parvenant à se faire entendre par ces autres que sont les médecins, le département des ressources humaines de son emploi, son réseau social, et même son conjoint, à certains égards. C'est une véritable lutte qu'elle semble avoir menée. Pour être entendue, mais aussi ultimement pour faire entendre son désir de porter la vie.

Les maux du corps ont été nombreux : torsion ovarienne, chirurgie d'urgence, multiples effets secondaires persistants, fatigue, perte de poids, perte d'appétit. Les vécus de violence et d'intrusion par le sentiment d'être « charcutée » et « mise sous les projecteurs » font également partie d'une forme de réduction au corps

physiologique. Ce sont toutefois ces vécus qui ont donné lieu à la nécessité pour elle de dire non. Comme un « stop » crié haut et fort afin qu'elle puisse réapparaître à elle-même et se donner une voix. Le corps, lieu de souffrance et d'épreuve, est aussi ce par quoi elle a fini par dire « non ». Il semble avoir été le critère, l'appui. C'est également par ce fil qu'elle a pu, semble-t-il, se rattacher à elle-même et trouver les mots pour raconter sa bataille.

4.3.3 La limite : rencontre et contournement

« C'est vraiment plus un appel de mon corps qui me disait là, ok, ça a juste pu de bon sens là de, de continuer comme ça. » Pour Virginie, c'est par le vécu du corps que la limite s'est fait sentir. Malgré cet appel criant du corps, la question de l'arrêt des traitements semble encore difficile à porter. Cela s'illustre notamment par la participation de Virginie à cette recherche qui est teintée d'une certaine ambivalence. En effet, la recherche concerne des femmes qui ont définitivement cessé les traitements et pose la question de la vie sans enfant. Cependant, au fil des échanges, l'arrêt ne semble pas si clair pour Virginie qui décrit plutôt vivre actuellement une pause temporaire. Ceci pourrait bien être compris comme une contradiction: pourquoi participer à une recherche sur la vie sans enfant après l'arrêt des traitements de FIV alors qu'en fait nous ne faisons qu'une pause temporaire des traitements? Plutôt que d'adopter cet angle, attardons-nous à ce que cela nous raconte de la complexité de l'expérience. Peut-être que la question d'arrêter ou de continuer n'est jamais aussi tranchée. Si Virginie s'est sentie interpellée par le thème de la vie sans enfant (peut-être même à un niveau inconscient) suffisamment pour participer à la recherche, le fait d'assumer cette décision comme une posture définitive ne lui semblait pas accessible, ou du moins difficilement. Comme si la possibilité de ne pas avoir d'enfant restait en elle, en dormance, mais qu'une grande partie d'elle refusait catégoriquement cette avenue. Est-ce la peur qu'en abordant l'éventuel deuil, il n'y ait

plus de place pour l'espoir qui semble servir de moteur pour supporter les traitements? Cesser les traitements implique pour Virginie de renoncer à l'enfant porté en son ventre, mais aussi à la possibilité de savoir si elle peut ou non porter un enfant. Comme un renoncement à deux niveaux: ne pas avoir d'enfant et ne pas savoir si elle pourrait porter un enfant. Cette incertitude se portera, selon ses dires, tant qu'elle n'aura pas « tout essayer ». Mais qu'est-ce que « tout essayer » au fait? Est-ce même possible? Qu'est-ce que le tout représente? L'idée d'aller jusqu'au bout revient à quelques reprises. Lorsque je la questionne à ce propos en lui demandant: "C'est quoi, pour vous, aller jusqu'au bout?" La réponse – très longue – de Virginie, parle d'elle-même :

Ben en fait, dans un premier lieu, c'était de tout essayer avec le, le bagage génétique de, de mon chum, donc de faire le tour des, tout d'abord des inséminations artificielles, ça, c'était super important pour moi qu'on commence par le commencement. Après ça les fécondations in vitro pis après ça faire tous les tests aussi pour voir justement euh, bon ça. (...) Fait que c'était de faire le tour de tout ça, de regarder qu'est-ce que la médecine nous offre finalement comme possibilités.

Donc la limite est en fait une limite technique, portée par les possibilités offertes par la médecine.

Puis un coup qu'on a fait le tour de tout ça, qu'on a pesé le pour et le contre, ben d'essayer, d'essayer avec un donneur. (...) donner le temps à mon chum de faire ce processus-là avec lui, donner le temps de faire son deuil par rapport à, à la paternité biologique si on veut, la paternité génétique pis après ça de, de faire ces essais-là pis là ben coudonc, si ça ne fonctionne toujours pas après, je l'sais pas habituellement, j'pense c'est après 3 essais avec un donneur que là ils suggèrent de changer de donneur parce qu'il peut avoir une incompatibilité et tout ça (...) ben là de faire ça euh, là j'ferais comme ok oui, probablement qu'y'a quelque chose qui cloche donc là ça serait logique dans ma tête dans le processus de dire on va aller, j'vais aller faire ma biopsie euh et tout ça, fait que toute la panoplie de tests avant de continuer... (...) Fait que j'me dis que

bon, ça serait de faire ces traitements-là pis après ça de, d'essayer, pis un moment donné, ben l'acharnement ça a ses limites aussi (rires). (...) Fait que après ça, après qu'on ait essayé, je l'sais pas maximum, j'dis n'importe quoi parce que justement on n'est pas rendus là. Mais peut-être 3 donneurs, après avoir fait la dernière FIV aussi là, j'pense que, honnêtement... on en resterait là... quitte à attendre peut-être, on est encore relativement jeunes entre guillemets. Peut-être que dans 10 ans ben y va y avoir d'autres avancées ou euh...

Quelque chose de vertigineux se dégage de l'énumération de ces étapes infinies. Bien qu'elle expose les avenues possibles dans un ordre qui semble suivre la logique médicale (essayons ceci, si ça ne fonctionne pas, on tente autre chose, etc.), il semble que le processus soit potentiellement sans fin, ce qui revient à dire que le "bout" du "jusqu'au bout" peut bien ne jamais apparaître. Un peu comme si le "bout" se dérobe finalement, et ne se laisse connaître que dans l'après-coup ou qu'une fois qu'on le rencontre. Cela ne semble pas se concevoir clairement d'avance, ou alors cela semble assez loin si l'on se fie à tout ce que Virginie se dit prête à essayer – et qu'elle n'a pourtant pas fait étant en pause de ses traitements. Persiste néanmoins une forme d'urgence ou d'injonction à "tout essayer". « Mais c'est ça, c'est de pas euh, arriver justement à 40 ans pis de nous dire câline t'sais, si on l'avait essayé, est-ce que j'aurais pu vivre une grossesse et tout ça... ». Ici il y a limite anticipée, celle de l'âge symbolique de 40 ans qui appelle de multiples tentatives à faire avant. Et en même temps, cela donne un peu l'impression que son idée de la limite ou de la prise de décision concernant l'arrêt définitif ne vient jamais vraiment. Du moins, elle ne vient pas aisément. Lorsque quelque chose de l'ordre d'une fin se présente, cela semble de nouveau reposer sur la limite technique, c'est-à-dire ce que les moyens de la médecine rendent possible. Cela est également nourri de l'espoir de nouveaux moyens. « Peut-être que dans 10 ans ben y va y avoir d'autres avancées ou euh... » Or, une pause s'est imposée, et ce malgré les limites non atteintes de la médecine.

Après la 4e tentative en FIV, la décision d'arrêter a été prise. Ce qui semble aller dans le sens d'une difficulté de concevoir les limites avant de les rencontrer. La limite ne semble pas se concevoir abstraitement, mais plutôt s'imposer. Peut-être parce que les limites rencontrées ne sont pas que techniques justement, mais viennent toucher quelque chose du processus de deuil inhérent au parcours. Il semble y avoir un paradoxe entre l'idée d'un sans limite ou presque de la clinique et de la limite du corps (notamment portée par l'âge de 40 ans), une limite symbolique, sociale et biologique. En ce sens, il y a une différence entre le discours de Virginie sur tout ce qu'elle essaierait et la réalité où finalement, elle a cessé avant d'avoir « tout essayé ». Et en même temps, elle a cessé en sachant que c'était un arrêt temporaire et non une fin définitive. L'idée de cesser les traitements mettrait-elle en contact avec le vide laissé par l'absence de l'enfant, ou par le non-devenir mère? Qu'en est-il lorsque l'insupportable du vide rejoint l'insupportable du parcours qui cherche à le combler?

T'sais, j'ai fini par comprendre que j'avais des limites pis que ma limite c'était là. Même que je l'avais, pas dépassée, mais en tout cas, que j'avais étiré l'élastique pas mal là, au cours de la, de la dernière année et demie.

Pour Virginie, c'est le corps qui a d'abord été entendu comme manifestation d'un « c'est assez ». Par l'accumulation des souffrances infligées, la peur liée à l'intervention chirurgicale, les effets secondaires des hormones. Finalement, cette pause semble lui avoir été bénéfique alors qu'elle se sent de mieux en mieux physiquement. Cela a également créé de l'espace dans sa vie, lui permettant d'investir d'autres projets. En outre, son conjoint et elle ont pu se retrouver en tant que couple. Actuellement, ils entrevoient la possibilité de reprendre certaines démarches, mais ne s'entendent pas sur les prochaines étapes. Elle souhaiterait qu'ils aient recours au don de gamètes. Or, cette avenue est difficilement envisageable pour son conjoint qui lui préférerait se tourner vers l'adoption. Si Virginie est ouverte à l'adoption

éventuellement, elle semble tenir au fait d'essayer de vivre une grossesse. La limite qui les empêche désormais d'avancer est celle d'un terrain d'entente difficile à trouver. Il ne s'agit pas d'une limite technique, ni d'une limite du corps ou de la psyché, ou de quelque chose qui serait ressenti de l'intérieur par une femme. La limite cette fois est au sein du couple, repose sur la non-entente entre un homme et une femme qui désirent un enfant et ne se rejoignent pas quant aux moyens d'y parvenir.

4.3.4 Porter la limite pour soi-même

Nonobstant la nécessité ressentie de prendre une pause, il semble que cette décision ait eu, à l'instar de tout le parcours, la saveur d'une lutte. Virginie souligne avoir ressenti une forte pression du social (notamment par les réseaux sociaux) ainsi que du milieu médical, pour continuer et essayer encore.

Ça là, t'embarques là-dedans là, t'embarques sur les groupes Facebook pis là tu vois les autres euh, c'est quasiment le combat de qui va être la plus lionne là, de dire « moi j'suis capable de m'reclancher ça 2 mois après, c'est pas vrai que j'vais attendre 6 mois », pis euh « j'laisserai pas l'temps à mon corps de reprendre le dessus, envoye, on repart » pis, c'est pas juste l'équipe médicale qui pousse pour qu'on fasse rouler la machine et tout ça là.

Ce qui est décrit par Virginie ici a la saveur d'une forme de compétition entre les femmes. Laquelle sera la plus endurante, la plus combative, comme si cela venait témoigner de l'intensité du désir: laquelle "veut" le plus. Une pression semble se ressentir: il faut maîtriser son corps, il faut endurer, il faut aller de l'avant et être dans l'action. C'est peut-être en répondant malgré elle à cette pression qui lui venait de

l'extérieur (réseau social, médecins, entourage) en plus de celle qu'elle se mettait elle-même qu'elle s'est lancée dans cette course effrénée de traitements répétitifs.

Fait que là, la deuxième fois, on s'est lancé vraiment rapidement, j'avais un ovaire qui répondait pas, fait que toutes les fois étaient pas vraiment optimisées, étaient pas maximisé. Plus ça allait, plus moi je sentais que ma santé physique et, et psychologique dégringolaient. Notre couple aussi un moment donné, on n'avait pas commencé encore les suivis avec notre psychologue encore.

Ces suivis viendront plus tard, après l'arrêt des traitements, et semblent vraiment bénéfiques. Ils procurent un espace de parole où les deux conjoints peuvent trouver leur place et cela nourrit le dialogue au sein du couple, d'après ce qu'en dit Virginie. Un espace qui venait enfin contraster avec l'ambiance d'efficacité dépeinte par le vocabulaire très gestionnaire utilisé par Virginie lorsqu'elle parle des essais qui n'étaient pas "optimisés" ou "maximisé". Un vocabulaire qui nous installe dans un univers de rentabilité et d'investissement. Mais donc cette course était en train d'avoir raison de sa santé et elle entendait néanmoins une pression d'autres couples dans la même situation. Des commentaires comme « vous êtes encore jeunes, c'est le moment », « t'sais nous on n'a pas abandonné pis là ça a finit par fonctionner, faut pas lâcher », « voyons donc, pourquoi vous lâchez? » résonnaient dans sa tête et à un certain point, elle a fini par se dire que chacun avait ses propres limites et qu'elle avait rencontré la sienne. « J'ai décidé de me lancer dans d'autres alternatives, de me construire une santé. » Elle était notamment préoccupée par son état au regard d'une éventuelle grossesse : « Justement, si je tombe enceinte demain matin, dans quel état mon corps est, dans quel état je suis émotionnellement? J'veux dire, dans quel état je vais être? Est-ce que cette grossesse-là je vais la vivre en santé? » Donc on ne décide pas seule, semble-t-il. Bien que la limite semble venir avec une certaine individualité "on a chacun nos propres limites" et procure peut-être un sentiment de solitude, la

limite ne se pose pas seule. Le contexte social influence les décisions, de même que l'entourage, et tout ce dont l'expérience individuelle s'imprègne parfois malgré elle pour se constituer.

Lorsque je demande à Virginie comment a été vécu l'arrêt des traitements, elle me répond que pendant qu'elle était dans les démarches, du moins au début, ce n'était même pas une option. « C'était jusqu'à ce que mort s'ensuive! » Quel sens revêt cette expression alors qu'il s'agit en fait de poursuivre les traitements jusqu'à ce qu'une naissance s'en suive? L'expression énoncée par Virginie évoque quelque chose qui peut mourir alors que l'on donne naissance, mais de prime abord me vient l'idée d'un acte héroïque, voire de quelque chose d'un sacrifice. Un peu comme on dit, « je t'aimerai à en mourir », comme si Virginie affirmait qu'elle ferait tout pour avoir un enfant. On l'entend presque dire entre les lignes qu'elle se sacrifierait elle-même s'il le fallait. En trame de fond, l'idée d'un monde où les ressources sont illimitées. Virginie se disait prête à aller jusqu'au bout, comme s'il s'agissait de mener un combat ultime.

Parce que je pense que j'étais sans limite. Mais à partir du moment où justement j'ai eu cette espèce de, de cri d'alarme là, euh, ça a été moins difficile que je pensais parce que j'étais tellement rendue là. C'était tellement criant qu'il fallait que, qu'on prenne une pause, j'étais tellement confiante avec cette décision-là que ça a juste été un ouf.

De nouveau, on dirait que la limite s'impose d'elle-même. Comme s'il avait fallu que l'idée fasse son chemin en elle pour devenir non seulement acceptable, mais incontournable. Comme si Virginie avait finalement réussi à s'épargner des luttes, des épreuves, des douleurs répétées. Pour finalement accepter de prendre une pause. Et le

fait de le formuler comme un arrêt temporaire a probablement rendu le tout possible, en même temps qu'il permet l'élaboration de différentes options à venir.

Virginie parle abondamment de son point de vue quant au manque d'accompagnement à travers ces démarches. En soulignant le manque d'investissement dans le soutien psychologique et les trop faibles ressources accordées à la recherche sur les causes environnementales de l'infertilité, elle critique la réponse politique à la question de l'infertilité et de son traitement. Elle dénonce également l'absence d'écoute pour la parole des femmes dans le contexte médical de la PMA. À travers son discours féministe et sociopolitique, Virginie pointe un enjeu majeur, à savoir qu'un poids semble reposer sur les épaules de l'individu qui peine à trouver un soutien social et collectif. On dirait presque que l'infertilité et son traitement, problématiques touchant pourtant de plus en plus de gens, n'ont pas leur place au sein d'une reconnaissance sociale en tant qu'enjeu collectif. Il s'agit de problèmes individuels dont chacun doit s'occuper pour lui-même. L'absence ou la fragilité du tissu social est ici frappante. Pour l'exemple circonscrit de la PMA, la médecine offre la possibilité d'aider la conception d'un enfant et nourrit l'espoir d'y arriver. Or, lorsque cela dépasse les limites personnelles de l'individu, lorsque cela devient trop et que les moyens techniques utilisés usent la mère en devenant au nom de leur prétendue efficacité, qui est là pour soutenir la femme qui souhaite s'arrêter? La machine technoscientifique semble difficilement entendre la voix d'une femme qui lui dit « non ». Mais ce « non » n'est pourtant pas gratuit. Il se prononce à force de deuil et de renoncement. Pour la femme, il s'agit de dire « non » à la possibilité d'un enfant qui grandira en elle. Cette décision est sans doute d'autant plus difficile à prendre qu'elle devient un choix individuel très peu soutenu par une instance plus grande, plus forte. Il semble que le collectif ici n'aide pas à porter la limite et donc celle-ci doit se porter par soi-même et pour soi-même. Ce n'est pas au service d'une

nouvelle manière d'être ensemble par exemple, ou de la possibilité de grandir à travers l'immense deuil que cela peut représenter. Au-delà du contenu des entretiens, différents éléments ont caractérisé la manière de Virginie de prendre part à la recherche et sont parlants en eux-mêmes. Elle m'a demandé par exemple que je lui envoie les enregistrements des entrevues. Elle souhaitait également être nommée par son vrai nom dans la recherche. Ces demandes s'exprimaient comme une volonté de raconter son histoire, puis de pouvoir l'écouter aussi peut-être, mais également une demande d'avoir une place, de transmettre quelque chose d'elle-même et en son nom. Comme un désir d'exister aux yeux de l'autre et d'être reconnue, versus le peu de place subjective qui lui a été donnée dans les épreuves de la torsion ovarienne et des PMA. C'est peut-être entre autres cela qui a mené Virginie à se tourner vers l'accompagnement à la naissance. À partir de l'arrêt des traitements, elle dit s'être « lancée corps et âme dans l'accompagnement ». Comme si sa souffrance personnelle prenait sens dans un appel à plus large qu'elle, un appel à l'autre. Et peut-être aussi pour permettre à d'autres femmes de ne pas être laissées à elles-mêmes et ce faisant, lui permettre de réparer quelque chose en elle. En accompagnant ainsi la naissance, elle met des enfants au monde.

4.4 Sophie

L'histoire de Sophie me frappe et se distingue de celle des autres femmes rencontrées. D'une part, elle n'a fait qu'un seul essai. Un cycle de fécondation in vitro, sans transfert d'embryon, parce qu'elle « ne s'est pas rendue là », selon son expression. Elle n'a pas recommencé ensuite. Un seul cycle était bien suffisant et se trouvait même au-delà de ce qu'elle pensait faire au départ. Sophie incarne une posture différente des autres femmes rencontrées vis-à-vis de la procréation assistée. Pour elle, la décision difficile à prendre a été de commencer les traitements et de faire le choix

d'avoir recours à ces technologies. Alors que l'on entend souvent qu'il est difficile d'arrêter, de savoir quand s'arrêter, Sophie a ressenti une forte ambivalence au moment de décider si elle entamait ou non ce processus. Elle avait le sentiment de « forcer la nature ». D'aller « contre la nature » tout autant que « contre elle-même », elle qui porte habituellement des valeurs qu'elle dit plus naturelles (prends peu de médicaments, opte davantage pour des approches complémentaires à la médecine lors d'un souci au niveau du corps, etc.).

Par ailleurs, elle avait déjà amorcé un processus de deuil quant à la possibilité d'avoir un enfant. Âgée de 38 ans lorsqu'elle a rencontré son conjoint, elle avait accepté en quelque sorte le fait qu'elle n'aurait probablement pas d'enfant vu son âge. Sa nouvelle relation a éveillé ce désir et après avoir essayé en vain plusieurs fois de concevoir naturellement, ils se sont tournés vers la procréation assistée dans le but, au départ, de faire des tests. Très rapidement, le médecin a suggéré de « clencher » et d'aller en FIV pour de meilleures chances de concevoir. Le thème de la temporalité est très présent : Sophie raconte ce rapport au temps accéléré, sans pause, où il faut maximiser les chances, aller de plus en plus vite. Elle avait cette impression de dissonance entre le rythme que la PMA lui prescrivait et son rythme à elle. Elle se représente ce parcours comme un lourd processus médical, aussi les images de seringues, d'hôpitaux, d'interventions reviennent-elles souvent.

Sophie se présente comme une femme posée, et plutôt timide. Elle est soucieuse de bien répondre aux questions et d'apporter quelque chose à la recherche. Sa manière de s'exprimer est très évocatrice tant dans les expressions utilisées que dans les descriptions de moments vécus. Elle me semble aussi encore ébranlée de cet

essai infructueux survenu seulement deux mois avant les entrevues. J'ai l'impression qu'elle arrive à trouver un sens à cette vie sans enfant, même si cela représente un grand deuil. Elle reconnaît que tout cela est encore très frais en elle et qu'elle aura besoin de plus de distance pour assimiler tout ça. Tout ça étant ici le deuil de la possibilité d'avoir un enfant, mais aussi tout le processus et le fait d'y avoir consenti. Elle me répètera d'ailleurs souvent « mais j'ai dit oui à ça, j'ai fait ce choix-là ». Un peu comme si elle s'étonnait elle-même, dans l'après-coup, d'avoir fait ça. Le thème du choix est très fort et très présent ainsi que son corollaire, le renoncement. Dans son récit, une tentative palpable de réconciliation : une part d'elle-même a dit oui à ces traitements bien qu'ils soient d'emblée à l'encontre des valeurs qu'elle place au centre de son identité. Également, son expérience de la PMA semble l'avoir rapprochée de son corps et l'en avoir éloignée à la fois. Enfin, réconciliation avec le fait d'avoir consenti à ce processus, d'y avoir dit non, et de ne pas avoir d'enfant, finalement. Comme si un travail de mise en récit devait se faire afin d'intégrer le sens de cette expérience dans son histoire alors que le processus n'a pas accompli ce pour quoi il était au départ mis en branle. Chacune des sections ci-dessous visera à élaborer ces différents éléments.

4.4.1 Au commencement des démarches ou dire « oui » à la PMA

« Ben moi ça m'a, c'est sûr que ça m'a, tout ce processus-là m'a traumatisée, mais j'ai comme dit oui à ça ». Cette phrase qui survient quelques minutes après le début du premier entretien évoque un aspect majeur de l'expérience de Sophie. Il semble y avoir pour elle un tiraillement constant dans le fait d'avoir eu recours à des traitements médicaux qui ne sont pas en concordance avec ses valeurs habituelles ni son mode de vie. Est-ce la manifestation d'une ambivalence à l'égard de ce projet ou de la conflictualité que présente cette situation? Ce tiraillement s'exprime à plusieurs

reprises au cours de son récit. Elle se décrit comme une personne plutôt « naturelle », prenant très rarement des médicaments et faisant confiance à la vie et à la nature. En ayant recours à la PMA, elle avait cette impression de « forcer la nature » - expression qui revient à quelques reprises. Loin d'être neutre, cette expression sous-entend que la nature autorise ou non l'actualisation du désir d'enfant et que cela a un sens. L'énoncé de cette expression situe Sophie dans quelque chose de plus grand qu'elle et à quoi elle peut se remettre. Quelque chose de ce « système » semble ébranlé par le fait de prendre la décision de recourir à la PMA, comme si ce qui repose normalement sur quelque chose de plus large qu'elle est tout à coup ramené à l'individu sous la forme d'un choix qu'elle doit porter seule et assumer. Cela semble s'énoncer sous la forme d'un combat ou de quelque chose qui ne va pas de soi (aller « contre », « forcer »). Elle dit aussi avoir eu l'impression d'aller contre une partie d'elle-même. En même temps, elle y est allée. C'est quelque chose qu'elle me répéta souvent lors des entretiens : « mais j'ai dit oui à ça ». Le « mais » semble ici souligner que malgré cette impression d'aller contre une partie d'elle-même et malgré la reconnaissance que ces traitements ne correspondent pas à des valeurs importantes pour elle, quelque chose de plus fort semble l'avoir emporté. Un peu comme si elle disait qu'elle reconnaissait bien tout ça, or, elle a dit oui. Le « mais » semble se poser comme une objection installant un rapport d'opposition entre deux arguments. De là semble se dégager quelque chose d'un combat sur la scène interne, l'on pourrait évoquer l'idée d'un conflit.

La dualité, présente sous différentes formes dans son récit (combat contre la nature, combat contre elle-même) se présente également dans la photo qu'elle a prise en vue de sa participation à la recherche. En fait, elle ne l'a pas prise complètement avant les entretiens. Elle avait en tête de faire un diptyque composé de deux photos. Elle n'a réalisé que la première qu'elle me montre : un plan à vol d'oiseau de sa table

de cuisine sur laquelle sont disposés l'ensemble des prescriptions des médicaments utilisés en PMA, les emballages et feuillets informatifs de ces médicaments, seringues inutilisées, etc. Elle m'explique que cela évoque pour elle la lourdeur des procédures médicales des traitements. C'est ce qui lui est venu en tête de photographier. Or elle souhaitait compléter d'une seconde photo.

J'ai comme, j'avais l'goût, pis là j'étais là, peut-être que c'est trop intense juste cette photo-là. Fait que là j'avais pensé à une photo de moi devant cette fenêtre-là. (...) Mais t'sais de dos, de côté, mais juste que... j'sais pas, avec de la lumière. D'aller de l'avant quand même t'sais après cette étape-là. Fait que j'voulais superposer les deux ensemble.

Déjà dans le processus de la photo il semble que quelque chose cherche à se dire de la complexité de son expérience et d'une tentative de réconcilier deux pans de son processus. Sophie m'a finalement envoyé le diptyque complété avec son autoportrait de dos à la fenêtre lumineuse une fois les deux entrevues de recherche complétées. Les deux images côte à côte sont très parlantes et mettent en lumière ce qui du récit de Sophie ressort beaucoup. D'une part l'aspect médical avec ce qu'il a de prenant, de lourd, d'intrusif parfois. D'autre part, elle, femme qui regarde à la fenêtre et qui espère, et qui tente de renouer avec qui elle est. Quelque chose de très apaisant émerge de la photo d'elle où elle cherche, il me semble, un peu de repos après cette expérience pour le moins bouleversante et à laquelle elle a pourtant consenti. Par ailleurs, la réconciliation des deux images à la fin du deuxième entretien laisse quelque chose à réfléchir sur ce qui a peut-être été permis par le fait de se raconter à un tiers. S'il est difficile de s'avancer sur cette voie avec certitude, la symbolique de « quelque chose qui se complète » demeure, alors que les deux photos ont été mises ensemble après le second et dernier entretien, comme une forme de réunion, un lien.

Tel que mentionné précédemment, il semble que pour Sophie l'enjeu s'est trouvé autour du commencement des traitements. Elle parle de ce choix comme d'une « épreuve de vie ». Lorsqu'elle a rencontré son conjoint, elle était âgée de 38 ans et elle ne voulait plus d'enfant. Elle se disait : « Ben coudonc, j'en ai pas eu pis c'est ça la vie. » Alors que sa nouvelle relation amoureuse a éveillé son désir d'enfant endormi jusque-là, la PMA proposait un moyen technique d'y parvenir peut-être plus facilement. Ceci étant dit, cette option n'était en cohérence, ni avec les valeurs ni avec le mode de vie de Sophie. Était-elle en cohérence avec ce désir qu'elle portait de donner la vie? Peut-être est-ce cela qui a rendu sa décision si difficile à prendre. Il m'a semblé qu'elle s'étonnait encore d'avoir consenti à entreprendre ces traitements.

Fait que ça m'a vraiment scié les deux jambes pis, j'suis pas quelqu'un qui parle beaucoup fait que c'était d'en parler aux amis, à ma mère, au monde proche euh, voir un peu comment y voyaient ça eux autres (petit rire) le in vitro, jamais j'ai pensé euh, jamais je pensais... Je m'étais tellement dit que, à 38 ans avant de rencontrer mon chum, que j'aurais pas d'enfants, que là c'était comme si je, j'forçais la nature pour en avoir. Ouais.

Une forme d'ambivalence se lit à travers les lignes. Cela se joue autour du début des traitements, et quelque chose de similaire peut également se vivre autour de l'arrêt. Il semble que pour Sophie, une limite se franchit au moment de commencer les traitements. Elle évoque souvent la « nature » et le fait d'avoir l'impression de « forcer la nature ». Comme si elle devait prendre (et porter) pour elle-même une décision qui autrefois aurait été remise au médecin ou à la nature, ou même à Dieu. Avec l'idée de « forcer » quelque chose me vient également le prix à payer pour parvenir à la réalisation (toutefois incertaine) de son désir. Au fond, la question qu'elle pose est peut-être la suivante : « Jusqu'où puis-je aller? » Question

vertigineuse alors que rien n'est tracé d'avance et que les repères collectifs que peuvent être la nature, la religion et même la médecine sont profondément ébranlés par l'amplitude des moyens techniques à notre disposition. « Ben c'est ça, c'est, c'est plus éthique comme choix que... j'avais l'impression que j'allais contre moi. Mais je l'ai fait pareil. J'ai dit oui pareil. Pis euh... c'est ça en gros. (...) Mais c'est dur comme décision à prendre! »

« Ça m'a vraiment scié les deux jambes », « j'avais l'impression que j'allais contre moi. Mais je l'ai fait pareil ». Ces expressions ne sont pas sans évoquer une certaine violence. Quelque chose de l'ordre d'un choc, d'une immobilisation alors même qu'il s'agit d'un désir portant vers l'avenir. Comme si elle s'était fait violence à différents niveaux, et s'en trouve encore fortement ébranlée. Ébranlée dans ce chemin de vie qu'elle croyait pourtant déjà tracé, s'était tellement dit qu'elle n'aurait pas d'enfant. Ébranlée au niveau identitaire alors qu'identifiée à des valeurs « naturelles » la portant à faire confiance à la vie telle qu'elle se présente, à faire confiance au corps aussi dans ses capacités à se guérir et à traverser naturellement ce qui se présente. Ébranlée alors que la non-coïncidence de ses convictions et de son désir la pousse à prendre une voie qui la surprend elle-même, voire qui la surprend d'elle-même. Et peut-être est-ce cette conflictualité qui a rendu difficile d'inscrire ce choix dans un récit cohérent pour elle. Les contrecoups de cette difficulté s'observent également dans le fait que parler de ses démarches en PMA à son entourage a semblé être un certain défi. Un peu plus loin dans l'entretien elle me dit : « C'est d'aller contre soi. T'sais j'sais pas, c'est comme si je m'étais pas respectée. C'est fou là, c'est capoté ». Me vient l'idée de respecter ou non ses propres limites, et de se faire violence dans le deuxième cas. Puis, à nouveau, elle répète : « Mais j'ai dit oui à ça ». Comme si le fait d'avoir consenti annulait toute plainte ou émotion ultérieure et la contraignait à ne pas élaborer librement sur la part de souffrance vécue à travers son expérience. Cela

donne l'impression d'entendre une exigence: le processus doit être pris avec tout ce qu'il comporte. Comme s'il était injustifié d'éprouver quoi que ce soit par la suite, étant donné la promesse qu'il fait. Un « oui » qui exige d'assumer les conséquences. Un « oui » total, sans compromis, sans secousses, même dans l'après-coup.

Sophie s'est manifestement sentie bousculée dans le fait d'entreprendre les démarches, autant dans le fait de prendre et porter cette décision (avec tout ce qu'elle implique), décision qu'elle décrit comme une véritable épreuve. Il lui a fallu consentir à quelque chose auquel elle n'adhère pas totalement. Son « oui » est en fait un « oui » partiel, d'où l'impression constante de tiraillement entre deux pôles dans son récit. Cette épreuve, soit le fait de devoir choisir avec ce que cela impose comme renoncement, semble l'avoir mise face à elle-même et s'élabore comme une situation-limite. On peut par ailleurs se demander ce que cela rouvre du deuil d'avoir un enfant qui était déjà bien entamé. Si Sophie semble avoir été profondément marquée d'avoir eu à prendre une telle décision, elle s'est également sentie pressée dans la sphère du temps, là où le temps presse et le temps manque.

4.4.2 À l'horloge de la procréation assistée, quel temps pour le désir?

Le désir de fonder une famille a tranquillement fait son chemin chez Sophie et son conjoint, ainsi ils commencèrent à « essayer » naturellement de concevoir. En réponse aux conseils d'une amie, ils décidèrent d'aller faire des tests de fertilité afin de s'assurer que tout était correct tant chez elle que chez lui. Sophie s'attendait à passer quelques tests, sans plus. Or le médecin qu'elle a rencontré à ce moment-là lui a fortement recommandé la fécondation in vitro, vu son âge. Il lui a dit qu'il fallait « clencher ».

Sophie : Moi j'retiens ce beau mot-là! Faudrait clencher!

Céline : Faudrait clencher...

Sophie : Ouais. Y me résonne dans la tête. J'ai fait « ok?! » Fait qu'y [le médecin] dit « écoute, on va faire tous les tests ». C'était peut-être autour du mois de septembre là, fait que bon. Déjà ça m'a bousculée...

Un sentiment d'urgence s'est alors installé, mais il ne venait pourtant pas de Sophie. Ce rapport au temps dans l'urgence semblait venir de l'extérieur, comme une injonction du médecin. Ce dernier a également évoqué le projet de loi visant à abolir le programme québécois de procréation assistée lequel couvrait alors les traitements. Si le programme passait tel qu'il était présenté, il serait désormais impossible pour les femmes de plus de 42 ans de recevoir des traitements de fertilité. Sophie serait donc visée par cette restriction. Ce faisant, le médecin insistait sur le fait qu'il fallait « clencher », faire vite, agir rapidement. Le mot « clencher » résonnait beaucoup pour Sophie. « Y faut clencher, ben, le mot clencher, si tu veux faire in vitro, y faut que ce soit tout de suite. Moi j'pensais, j'voulais juste aller voir si on était fertiles, premièrement ». La parole du médecin la plaçait déjà au-devant d'elle-même alors qu'elle n'en était pas là, même dans sa réflexion. Sophie poursuit :

Je sais que quand t'es plus vieux, plus, plus que t'avances dans l'âge, moins, moins que t'es fertile là. On a moins d'ovules là, ça je savais ça. (...) T'sais pis tes chances sont moindres pis y peut avoir des complications aussi. Fait que j'savais qu'à l'âge où j'étais rendue, c'était peut-être un peu plus difficile ou touchy d'essayer d'avoir un enfant.

Pour elle, la consultation médicale représentait une première étape qui serait peut-être suivie d'un « coup de main », par une prise d'hormones ou quelque chose comme ça.

C'est là que le commentaire du médecin la propulsait dans une réflexion qu'elle n'avait pas encore elle-même amorcée et en cela, elle était bousculée. Par ailleurs, le sentiment d'urgence s'appuyait notamment sur son âge (42 ans) concernant les possibles restrictions liées au projet de loi qui risquait d'être accepté. Cette injonction s'appuyait sur l'âge établi par le projet de loi qui correspondait à l'âge de Sophie, mais qui arrivait comme quelque chose d'externe. C'est-à-dire que cela ne s'appuyait pas sur son propre vécu de son âge ni sur sa condition physique personnelle et la forçait donc à se conformer à une norme qui peut-être ne lui correspondait pas. Elle me raconte donc qu'elle avait plutôt en tête de vérifier l'état de leur fertilité et voir quelles avenues étaient possibles pour elle et son conjoint. Or le médecin insistait pour commencer le protocole de FIV. « Mais là, ça a été tout de suite directement in vitro. Fait que là moi j'ai demandé, j'ai dit « est-ce que y'a pas un processus qu'on peut faire avant, y'a pas euh... ? » Le médecin lui a expliqué le projet de loi et lui a dit qu'il fallait « qu'on se dépêche parce que ça se peut qu'il n'y en ait pu... » Plusieurs enjeux sont mis en lumière ici. D'abord, le temps de la PMA évoqué par le médecin par l'expression « faudrait clencher ». Un temps rapide, accéléré. Sophie s'est sentie bousculée, prise dans l'urgence de prendre une décision à propos de quelque chose de plus gros que ce qu'elle anticipait. Soudainement, quelque chose est imposé de l'extérieur : une nouvelle proposition, et un nouveau rythme. Cela se superpose ou entre en dichotomie avec son propre rapport au temps qui lui repose sur quelque chose d'un rythme intérieur, un rythme où elle envisage les étapes une à une et où elle se permet d'essayer « tranquillement », « à son rythme ».

Sophie s'est donc retrouvée chez le médecin et, avant même de savoir si elle était ou non infertile, s'est vue proposer cette procédure qu'est la FIV et qui lui apparaissait comme très impressionnante et surtout loin de ce qu'elle envisageait au départ. Tout cela sur une trame temporelle pressante et oppressante. L'idée qu'il fallait « clencher

» ne lui laissait pas de place pour penser et accueillir cette possibilité de recourir à ces traitements. En faisant un pas de plus, on pourrait dire que cela ne laissait pas de place à l'élaboration psychique? Qu'en était-il de son désir? Jusqu'où aller pour tenter de l'accomplir? Par ailleurs, qu'en était-il de la charge symbolique de ces traitements dans l'histoire personnelle de Sophie qui opte souvent pour une approche plus naturelle ou alternative de la santé? Comment tout cela peut-il s'articuler pour elle dans une réflexion qui fait sens? Puis à nouveau, quelle place pour l'élaboration du désir – qui suppose un temps d'attente et donc une sorte de césure du temps – dans la roue d'une horloge où tout tourne sans arrêt et à une vitesse accélérée? Ajoutons que cette décision personnelle s'inscrivait dans quelque chose de beaucoup plus large et qui semblait la dépasser, à savoir un contexte politique au sein duquel une loi imminente risquait d'empêcher la procédure. Cet exemple illustre combien il ne s'agit jamais que d'une pure expérience individuelle qui serait coupée du monde. Ce vécu se déploie dans un contexte relationnel, social et politique, et c'est notamment de cela qu'est nourrie la complexité des enjeux soulevés.

Malgré l'urgence qui lui semblait imposée, Sophie a pris son temps : « j'ai fait mes tests pis ça m'a pris au moins euh... au moins deux mois avant de... de rappeler. Parce que j'étais comme pas prête. »

En décembre, après avoir pris deux mois pour y réfléchir et tenter d'assimiler le tout (c.-à-d. le fait de devoir recourir à la PMA pour avoir un enfant et la décision d'entamer cette procédure médicale qui lui semble imposante) elle a décidé d'amorcer un premier cycle de fécondation in vitro qui sera finalement le seul. C'est

ainsi qu'elle s'est engagée dans la procédure, et s'est procuré les premières prescriptions d'hormones.

4.4.3 La première injection, un moment charnière

Sophie : Alors la première piqûre que je me suis faite, là j'ai pleuré, j pense pendant au moins 40 minutes non stop pis c'était des gros sanglots là. C'était euh... t'sais je... en même temps, j'avais dit oui, j'étais dans le processus, mais je... c'est comme si j'acceptais pas de faire ça.

Sophie insiste sur l'intensité et la durée des pleurs. À l'écoute de ce passage me vient l'image de cette femme en sanglots, tenant une seringue pointée sur son ventre. Cette image est forte. Placée dans le contexte de la conception d'un enfant, elle détonne presque. Sophie a vécu cette première injection comme un moment intense, marquant. La concrétisation dans sa chair du processus semble l'avoir profondément bouleversée. Comme si quelque chose d'elle-même réagissait très fortement à ce moment, bien qu'elle y ait consenti, qu'elle ait dit oui. « c'est comme si j'acceptais pas de faire ça ». On dirait presque que le oui conscient et affirmé n'était pas tout à fait le oui du corps, comme si une part d'elle-même refusait de se soumettre au processus et cette partie s'exprimait à travers les sanglots. Je lui demande comment c'était pour elle, de se faire cette injection. Elle me répond en hésitant :

(...) Ben c'est comme si je... je sais pas! C'était de... de me rentrer ça dans l'ventre, de... de provoquer la nature euh... c'est ça, je l'dis, mais je l'ai fait pareil! Fait que c'est comme si j'étais en, en dichotomie avec moi-même tout l'temps, tout l'temps, tout l'temps.

J'ai l'impression de lire que l'injection a matérialisé la conflictualité que vivait Sophie par rapport à ces démarches. Le fait de se piquer elle-même l'amenait à prendre acte, à agir dans son propre corps tout ce qui peut-être était à la fois désirable et terrorisant. L'idée aussi de provoquer la nature soulève également un certain imaginaire. L'idée de déclencher un processus qui ne se met pas en place naturellement, de lui-même, comme de forcer quelque chose. Mais l'idée aussi de provoquer comme une révolte, comme cette réponse justement à ce que la nature semble refuser de faire (la conception d'un enfant sans avoir recours à la PMA). L'injection qui provoque la nature comme une déclaration de guerre avec peut-être toute la peur de ce qui peut venir en retour. Le thème des injections est très présent dans le récit des femmes, autant sur les blogues que dans les entretiens. Plusieurs d'entre elles racontent avoir eu à affronter leur peur des aiguilles ou avoir vécu les injections comme quelque chose de particulièrement désagréable. Pour Sophie, la première injection semble aussi avoir été une réelle épreuve. Ce moment porte la marque à la fois réelle (l'injection a lieu dans le corps) et symbolique (la seringue représente tout l'aspect médical du processus) de l'amorce de son parcours. Sur le plan existentiel, il semble également que ce moment marque pour Sophie une forme de scission ou un point de non-retour. L'image de cette femme tenant la seringue vis-à-vis de son ventre en sanglotant évoque presque une partie de bras de fer entre la part d'elle qui a dit oui et celle qui refuse encore la totalité du parcours. Comme si l'injection semblait signer un pacte avec une entité à laquelle elle se soumet envers et contre une partie d'elle-même. Et dans sa perception, c'est elle qui s'inflige cela, autant le choix de ce processus que l'injection qui en marque le début réel.

En avançant dans cette réflexion, il me vient qu'en contexte de soin, le geste de la piqûre est ritualisé, du moins minimalement, par une phrase qui l'annonce, et aussi par le fait qu'elle est administrée par quelqu'un qui a un statut particulier pour le faire

(médecin, infirmier, infirmière...). Elle s'accompagne donc d'un protocole, d'une sorte de mise en scène instaurée par le milieu médical, et d'une prise en charge par quelqu'un d'autre. Qu'est-il mis en place en terme de rituel alors qu'elle se pique seule? Il a été évoqué plus tôt que l'image d'une femme en pleurs tenant une seringue à son ventre porte une grande solitude et détonne lorsqu'on l'associe au contexte de la procréation. Qu'en est-il de se piquer seule alors que la conception se fait naturellement à deux dans l'intimité du couple? Il n'y a qu'un pas à faire ici pour en arriver à l'association de la seringue et du sexe masculin qui pénètre normalement le corps de la femme lors de la conception d'un enfant. La pénétration de la relation sexuelle est presque symboliquement substituée à celle de la piqûre, autrement moins douce. Celle-ci transperce le corps là où il n'y a pas d'emblée d'orifice et en ce sens est précisément l'opposé de la relation sexuelle vaginale. Alors que le geste de se piquer ou se faire piquer est normalement associé (et même réservé) à certains contextes médicaux, voilà qu'il doit s'intégrer à la routine quotidienne, à la vie de tous les jours et même à l'intimité du couple. Voilà que le laboratoire s'installe un peu dans la maison et que les femmes et leur conjoint deviennent eux-mêmes les scientifiques devant préparer le mélange et l'injecter. Avec tout ce qui peut être soulevé d'un imaginaire de la maladie, d'un traitement médical. Le thème de la seringue et des injections est si prégnant, si fréquemment abordé, qu'il semble partie prenante du vécu des femmes. Parallèlement, il semble résister à l'appropriation qu'elles tentent d'en faire. En effet, le but des injections – et donc leur sens, soit l'importance de la stimulation ovarienne dans les procédures, ou alors le déclenchement artificiel de l'ovulation (effets recherchés par les médicaments administrés par injection), est très peu abordé. C'est-à-dire que les femmes racontent peu voire pas à quoi servent ces injections, comme si le récit était réduit au geste de piquer et que cela avait envahi toute possibilité d'élaboration. En référence à la notion freudienne de souvenir-écran, l'injection se présente à la manière d'un geste-écran qui masque sans doute ce qu'il y a derrière. Un geste qui déplace l'enjeu et prend la

charge de ce qui n'est pas élaborable. D'où peut-être la place importante qu'occupe les injections dans le récit des femmes.

Lorsque je questionne Sophie sur ce que portait cette piqûre qui soulevait chez elle tant de sanglots, elle me répond qu'elle ne sait pas. Que c'était de « se rentrer ça dans le ventre ». Peut-être que les injections sont-elles aussi présentes dans les récits justement pour ce qu'elles portent d'inassimilable? La tentative de donner un sens à ce symbole hautement médical et majoritairement associé à la maladie qu'est la seringue prend peut-être forme à travers ce besoin de raconter beaucoup et souvent les injections. Sophie renchérit alors qu'elle me raconte en détail les nombreux rendez-vous médicaux imposés par le protocole de FIV : « Mais c'est... le, c'est, c'est pas ça [tous les rendez-vous] que j'ai trouvé le plus dur, moi. C'est vraiment le premier, la première injection dans le ventre là, c'est... Ça c'était comme... c'était trop pour moi là ».

Il me vient l'idée que la peur des aiguilles et la forte réaction suscitée par l'injection portent peut-être d'autres peurs plus grandes et plus profondes. Et si cela ne fonctionnait pas et que le bébé n'arrivait jamais? Ou encore, quelles conséquences possibles de ces injections pour le corps des femmes? La piqûre peut être associée à quelque chose qui guérit potentiellement ou qui prémunit le corps d'une éventuelle maladie (traitement médicamenteux, vaccin...). Elle peut également soulever un imaginaire de danger (piqûre d'insecte, injection létale...). Par ailleurs, l'injection peut se présenter comme un fort symbole d'intrusion en ce sens où l'aiguille transperce la peau, traverse le corps là où il n'y a pas d'emblée d'orifice, afin de déposer, sous la peau, l'hormone injectée. « C'était de... de me rentrer ça dans le

ventre... » Ça étant l'aiguille? Le contenu de l'injection? Le bébé, ultimement? Rentrer ça dans le ventre comme si quelque chose devait être forcé, enfoncé là de force, contre un gré quelconque, le sien peut-être. Parallèlement, c'est dans ce ventre, le sien, qu'elle souhaitait voir germer la vie, et cela a semblé s'effacer complètement au moment de se donner l'injection. L'imaginaire d'une germination est différent de celui d'un « rentrer dedans », la question se pose alors : quelle conception de son ventre nous décrit-elle à travers cette image marquée de piqûres? Par la forme de violence qu'il impose (notamment en perforant la peau qui recouvre le ventre), l'acte de la piqûre semble annihiler l'image de l'utérus comme terre d'accueil de l'enfant à venir. Cette perforation, ce trou fait dans le corps se vit peut-être ici comme une forme d'effraction de la limite corporelle qui sidère la femme et l'empêche de penser ce qui se joue dans le corps. Quelque chose reste figé de l'image de la seringue et de l'injection comme un élément impossible à assimiler, à intégrer à l'ensemble du processus comme un acte porteur de sens. Pour Didier Anzieu (1995), la peau joue un rôle majeur dans la constitution du Moi et de ses principales fonctions. Il a largement travaillé sur la dimension symbolique de la peau à travers sa théorie qui explore les différentes fonctions du Moi-Peau. Cela nous amène ici à réfléchir sur les effets de la peau transpercée par les seringues dans le processus de conception d'un enfant. Dans le cas de Sophie qui semblait déjà très ébranlée par le fait de traverser un processus en PMA, quel sens peut prendre la piqûre, ou le fait de se piquer? Transpercer la peau, cette enveloppe à la fois protectrice et contenante, c'est également traverser une frontière qui délimite son corps, traçant ses contours comme individu. La peau conserve aussi les traces de ces injections. Le geste de se piquer peut venir ébranler : il cible la peau qui nous protège, et qui est aussi résistante que fragile.

À travers le récit de Sophie se dessine le début d'un parcours vécu comme conflictuel, marqué d'une dichotomie – telle qu'elle le nomme, où les moyens

entrepris pour actualiser un désir et les valeurs ne concordent pas exactement. C'est un parcours marqué par une tentative constante de réconcilier ces différents aspects de l'expérience qu'elle continue de me raconter, lorsqu'elle me parle de son rapport au corps, à son propre corps, à travers les traitements reçus.

4.4.4 Mon corps comme un autre; entre distanciation et rapprochement

Le récit de Sophie dessine une expérience du corps tout à fait particulière. Après avoir raconté l'épreuve de la première injection puis quelques étapes techniques des traitements qui ont suivi, elle me dit : « j'me suis sentie par exemple connectée avec, avec mon... mes, pas mes organes là, mais.. t'sais c'est rare que t'es proche de même de, de tes ovaires, de tes ovules ».

Ce passage soulève l'idée d'une proximité avec l'intérieur du corps, du fait que Sophie s'est sentie connectée. Elle ne nomme toutefois pas clairement avec quoi elle s'est sentie connectée. Les hésitations, la pause, « pas avec mes organes là, mais... », pour ensuite en revenir en effet aux ovaires, aux ovules. La connexion semble avoir eu lieu avec quelque chose de difficile à nommer, peut-être de l'ordre du désir ou du mystère? Cela prend la forme des mystères de l'intérieur du corps féminin, là où la vie peut prendre racine. Elle parle ici d'une certaine proximité du corps, ou de l'illusion d'une proximité nourrie du fait que l'on peut voir ce qui normalement est inaccessible à l'œil. Elle poursuit un peu plus tard à propos de cette idée d'un rapprochement, d'une connexion : « Comme je disais tantôt, c'est intéressant de voir, même si c'est pas mon métier, mais tu vois un peu qu'est-ce qui, où c'est placé... Euh... c'est particulier parce que c'est tellement pas gros à l'intérieur, mais tout d'un coup c'est, ça devient le centre de, de ta personne là. Tu comprends? Oui? » Ce passage est extrêmement frappant en ce qu'il souligne de la représentation qu'elle se fait de l'utérus exposé grâce à l'imagerie médicale. Ce ventre devient le centre de sa

personne, le centre d'elle-même. Presque comme s'il s'agissait du ventre d'une femme enceinte. Il est en effet fréquent d'entendre chez les futures mères l'impression de n'être qu'un ventre. L'abdomen rebondi, rond de l'enfant à naître suscite fascination, le regard des autres avec tout ce qu'il peut impliquer. Paradoxalement, il s'agit pour Sophie d'un ventre qui n'est pas habité par un enfant. Toutefois, il semble qu'une certaine fierté émane de sa manière de parler de ce ventre qui devient le centre de sa personne. Deux éléments semblent se dégager : d'une part l'idée d'un rapprochement, de se sentir connectée par le fait de pouvoir voir ce qu'on ne voit pas normalement, d'autre part la place immense que semble prendre l'utérus – l'organe reproducteur – qui devient doucement le centre de sa personne. Il est étonnant ici, car de la part de Sophie, on n'entend pas cela tout à fait comme une réduction d'elle à son ventre, mais plutôt comme si elle se sentait reliée à quelque chose de plus grand qu'elle. Le ventre semble prendre la forme d'un symbole matriciel.

Sophie témoigne de quelque chose de l'expérience du corps qui semble l'avoir ramenée au féminin, à son corps de femme : « Hum, ben y'a un côté que j'aimais! Y'a un côté que j'aimais parce que t'sais t'es tellement souvent à l'hôpital, t'es tellement euh, avec une loupe sur ton intérieur, y'a comme quelque chose de connecté à ça aussi, à... (...) ouais, de connaître cette partie-là tellement euh, avec des radios, euh, des échos, t'sais, tu vois tes ovules! » À nouveau, l'idée de voir revient. Comme si de rendre à la vue l'intérieur de son corps, ses ovules, plus spécifiquement, ramenaient quelque chose en elle plus près d'elle-même. Et cela semblait procurer un bénéfice secondaire aux traitements, comme si quelque chose s'accomplissait en elle malgré la grossesse qui n'a pas lieu. Sauf dans les cas de maladies qui en exigent l'examen, on n'a pas de représentation de cet intérieur du corps. Ce qui est parfois décrit comme un processus vécu comme intrusif semble ici avoir eu un certain effet

positif dans l'expérience de Sophie. Elle poursuit : « T'es, y'a quelque chose de connecté avec les organes génitaux là! (petit rire) je l'sais pas euh... ben pas génitaux là, mais les organes... reproducteurs. Je trouvais ça fascinant. » Cette phrase est ponctuée d'un rire qui semble traduire une forme de gêne, comme l'enfant qui rit à l'évocation des parties génitales. Sans pour autant basculer du côté d'une interprétation qui voudrait enfermer les propos de Sophie, il semble intéressant de souligner le lapsus, alors qu'elle parle des organes génitaux plutôt que des organes reproducteurs. En fait, la loupe n'est pas nécessairement mise sur les organes génitaux, concrètement, mais plutôt sur ce qui se trouve à l'intérieur du corps. Or ce mélange des mots peut ouvrir une voie réflexive sur tout ce qui se joue à travers ces interventions gynécologiques. Même si ces interventions ne visent pas précisément les parties génitales, elles les mettent en scène, car les organes génitaux sont la voie d'accès à l'utérus, à l'intérieur. Et peut-être peut-on souligner que l'intervention a une portée plus grande que ce qu'elle vise alors qu'elle soulève, chez Sophie, des représentations du génital, de cette région du corps qui contribue à faire d'elle une femme avec toute la part d'énigmatique que cela comporte. C'est ainsi que cette impression d'être au plus près de son corps l'amène peut-être au plus près d'elle-même, d'une part mystérieuse d'elle-même peut-être associée au désir, et à l'inexplicable et dont on peut enfin espérer percer le mystère. La possibilité de voir les ovaires, de voir l'utérus devenir si gros dans la représentation comme si une loupe le grossissait à ses yeux suscite une fascination évidente chez Sophie. « Je trouvais ça fascinant ». Or cette fascination racontée sur un ton à la fois marqué de timidité et d'excitation rappelle quelque chose de l'enfant à la découverte des parties secrètes de son corps. La petite fille qui cherche à découvrir de quoi est fait l'intérieur de sa poupée. Pour Sophie, l'intérieur du ventre se met donc à prendre beaucoup de place. Tout se centre autour de cette partie du corps qui peut même être défaillante. Les représentations changent et le fait de le mettre ainsi à l'avant-scène donne l'impression que l'utérus est immense. Ce faisant, apparaît au grand jour une partie du corps normalement secrète. Cela peut, et semble – dans le cas de Sophie-, avoir

l'effet d'une forme d'appropriation du corps. Mais soulève également la possibilité d'une transgression, du fait de voir ce que l'on ne devrait pas normalement voir. Une barrière semble franchie pour accéder à cet organe énigmatique caché par la peau, par le ventre, par la vulve. D'où la fascination pour ce qui est découvert de secret. Cette idée de la connaissance acquise à travers ce qui est permis par la technologie rappelle la curiosité de l'enfant pour toutes les explications physiologiques de la reproduction humaine. La pulsion épistémophilique (alliage de la pulsion scopique et de la tentative de maîtrise) était présentée par Freud comme cet élan de l'enfant vers le savoir, vers la connaissance, afin d'espérer maîtriser cette énigme profonde de l'existence, de son arrivée au monde et de sa conception. En revenant à Sophie, il semble qu'elle ait pu se relier à sa curiosité satisfaite par l'offre des technologies médicales et que cela a eu un effet positif pour elle, lui permettant d'accéder à une part d'elle-même qui semblait lui échapper ou la reliant au mystère du désir. Sans pour autant supprimer les effets de ce qui peut être vécu comme une transgression, d'où peut-être l'inconfort d'élaborer davantage sur ce point.

Sophie évoque l'aspect intrusif des traitements alors qu'elle me parle aussi de sa fascination. « T'sais, tu te fais quand même perforer les ovaires pour aller chercher des ovules dans les follicules... » Le terme « perforer » ici est lourd de sens. Du latin « perforare », perforer signifie « faire un trou », et s'apparente à « percer » signifiant « traverser en faisant un trou ». Perforer évoque donc l'idée de traverser une surface, ici la paroi vaginale, de part en part, en la trouant. Le thème de l'intrusion se dessine peut-être à nouveau ici, un peu comme avec la seringue de l'injection. Ce terme utilisé dans le récit souligne une violence manifeste. C'est l'intégrité et l'unité de soi qui n'est pas respectée alors qu'on la perfore. En poursuivant sur l'idée de la perforation, on peut penser à quelque chose qui arrive de manière non planifiée, par exemple lors d'un accident (perforation du poumon, ou d'autres organes...), ou alors

au fait de perforer volontairement avec un but précis. Me vient ici l'idée du poinçon pour trouser une feuille de papier. L'outil requiert un geste rapide, précis, sec. Cela ne se fait pas dans la douceur. Me viennent aussi les piercing, ornements du corps, des oreilles, au nez, au nombril... Ici toutefois, on perce notamment dans le but de décorer, de porter un bijou. Quel sens peut enfin prendre le fait de se sentir perforée de l'intérieur dans le contexte de la procréation? Sophie développe peu sur ce terme, mais l'intonation et le contexte de son utilisation du terme laissent entendre quelque chose d'une sidération. « Tu te fais quand même perforer les ovaires... » L'intensité de l'image convoquée dénote une forme de stupeur, celle d'assister consciemment à la pénétration de son propre corps dans un contexte presque chirurgical. Cette pénétration n'a pas lieu pour le plaisir, et n'est pas préservée dans son intimité et celle du couple. Au contraire, elle se déroule sous une loupe, une lampe, et sous le regard de plusieurs personnes. Comme si son intérieur était perforé, révélant au grand jour ses contenus les plus secrets. La perforation vise à faire un trou, et peut-être cela renvoie-t-il à quelque chose qui dans l'imaginaire reste troué. Le ventre vide? Le trou laissé par l'enfant qui ne vient pas? Le trou laissé dans son histoire personnelle par cette mère qu'elle ne deviendra pas? Le trou fait dans son intimité profonde à devoir s'exposer ainsi à répétition au regard médical, elle, Sophie, femme si discrète et plus introvertie? Il me semble que ce terme, perforer, cherche à dire quelque chose d'une violence ressentie, mais aussi d'une angoisse. Comme si ce geste ouvrait sur un trou béant, celui d'un gouffre, d'un manque cruellement souffrant. Sans oublier la douleur qui se donne à sentir dans le corps. L'enjeu physique est bien réel puisqu'il s'agit d'une intervention très douloureuse qui a lieu au cœur du ventre, au sein du trou laissé par l'absence de l'enfant désiré.

Revenons maintenant un peu plus sur cette idée de la proximité, d'un rapprochement ou d'être « connectée ». « j'me suis sentie connectée avec mes organes », « c'est rare

que t'es proche de même de ton, de tes ovaires ». Je relis mes propres mots, précédemment écrits à partir de ceux de Sophie, alors que j'évoque l'idée d'un rapprochement d'avec son corps. Paradoxalement, il me semble que cette phrase porte en elle-même les traces d'une forme de désincarnation. Pour sentir que l'on se rapproche du corps, faut-il établir que l'on se soit éloigné de lui? Que quelque chose a été dissocié? Or le corps, indissociable de l'être, n'est pas un corps pour lui-même. C'est un corps incarné, habité, vécu ; c'est Sophie dans l'ensemble de son être. Il semble y avoir un non-sens à dire que l'on se rapproche de son corps alors que c'est à partir de lui qu'on existe. Est-ce quelque chose du processus qui induit cette césure entre le corps et l'être? Tout en donnant l'impression de les réconcilier? Sophie me parle très concrètement du processus :

Fait que, à chaque, pis y'a plein d'étapes là, tu euh, au début tu prends de l'oestras pis là y, j'me souviens pu de toutes les étapes comment ça fonctionne, mais t'sais y regardent si ça a fonctionné. (...) après ça y, y font grossir tes ovules. (...) Après ça y arrêtent l'ovulation (...). Pis eux autres y veulent avoir 3 ovules minimum (...). Oui, tu vas à l'hôpital 2-3 fois par semaine, tu te fais analyser, t'as des échos euh, euh...

Cette description est marquée par une espèce de découpage des différentes étapes du processus. Par ailleurs, l'utilisation de la troisième personne du pluriel est frappante. « Ils » font grossir les ovules, « ils » regardent, « ils » arrêtent l'ovulation, etc. Cela nourrit tout un imaginaire du corps instrumentalisé, d'une manipulation effectuée sur le corps par l'opérationnalisation du cycle menstruel notamment. Le corps se trouve ainsi placé comme un instrument à disposition au cœur d'un processus auquel la femme ne participe pas activement. Il semble compris, conçu et traité en ce qu'il est une entité physiologique distincte de la mère en devenir. Et donc on peut bien dire «

le corps » puisque cela pourrait être, selon ce paradigme, le corps de n'importe qui, de n'importe quelle femme. C'est peut-être le pressentiment de cette dissociation qui a mené Sophie à se relier à sa curiosité afin de ressentir quelque chose d'une connexion qu'il serait probablement plus juste de nommer reconnexion. Comme si un besoin de lier, de relier, s'était inscrit dans le fait de voir l'intérieur de son corps et de le sentir lié à elle. Le sentiment d'être connectée exprime peut-être ici le besoin de ressentir en elle que ce corps qu'elle voit, c'est le sien. C'est elle qui vit cela et qui tente de traverser cette désappropriation. Peut-être tente-t-elle, à travers son corps, de se relier à son enfant, ou alors à son désir?

Par ailleurs, une expression revient à quelques reprises lors des deux entretiens : « Mais c'est fou! Tu donnes ton corps à la, moi j'ai vu ça comme donner son corps à la science là! » Donner son corps à la science. Cette phrase est marquante en ce sens où il s'agit d'une expression utilisée pour manifester un souhait quant à la manière de disposer de son corps après sa mort. C'est un cadavre que l'on donne à la science; pour la recherche, pour le don d'organe, etc. J'ai souvenir d'avoir eu en entretien l'association suivante : « mais donner son corps à la science, on fait ça une fois qu'on est mort! » Et cela marquait pour moi la profonde dissociation entre le corps et l'être. Elle dit cette phrase en riant quelques fois dans les entretiens, reconnaissant peut-être l'intensité de cette affirmation. Elle dit même à un moment « je suis pas morte sur la table! » Mais il n'en demeure pas moins que cette phrase marque probablement l'intuition, l'impression, le sentiment de s'en être remise à la science, de les avoir laissés faire leur travail sur son corps. Une forme d'abandon à la médecine. Cela ayant lieu à la suite d'une décision avec laquelle elle ne semble pas se sentir profondément en accord si l'on revient à toute la difficulté d'avoir accepté les traitements. Le sentiment d'être proche de son corps côtoie paradoxalement celui d'une dépossession qui demeure inédite, mais qui est néanmoins évoquée par

l'expression de « donner son corps à la science ». « Tu t'en remets au médecin, c'est ça que tu fais », dit-elle. S'en remettre à la médecin prend aussi pour Sophie la forme d'une contribution, c'est-à-dire qu'elle a eu l'impression, par sa participation aux traitements, de pouvoir contribuer aux connaissances médicales. « Ça leur permet de faire d'autres recherches aussi ». Et de là peut-être un besoin que ces traitements aient un sens, que cela serve à quelque chose, et qu'elle puisse laisser une trace quelque part, après la fin.

4.4.5 L'arrêt des traitements : dire « non » ou ne pas redire « oui »

La question du choix est ici mise en saillance. Aussi pour Sophie la décision de ne pas poursuivre les traitements, ou plutôt de ne pas recommencer une deuxième fois est indissociable de la décision d'entamer le processus. « Je l'ai fait, c'est fait, fait que... mais j'avais pas l'goût de dire oui deux fois. » Il s'agit ici de porter un choix, avec les renoncements que cela impose. Porter un choix pour soi-même et assumer ce qui a été décidé. En effet, la décision de s'engager dans les traitements implique un renoncement, tout autant que la décision de ne pas le faire. Refuser de recourir à la PMA implique de renoncer à l'aide de la médecine pour concevoir un enfant. Dans le cas de Sophie pour qui le facteur principal d'hypofertilité est l'âge, cela signifie de s'en remettre à la nature avec le risque que l'enfant ne vienne jamais. Il est intéressant de souligner que ses chances de succès en FIV demeuraient assez faibles selon les médecins et presque équivalentes aux chances de concevoir naturellement. Peut-être que la PMA, dans l'imaginaire, est plus puissante. Peut-être fait-elle miroiter une promesse de succès qui n'en est pas réellement une en fait. Ainsi, renoncer à la PMA impliquait pour Sophie de renoncer à quelque chose qu'elle a formulé comme : « mettre toutes les chances de son côté » pour avoir un enfant. D'autre part, le fait de

s'engager dans les démarches lui demandait de renoncer à certaines valeurs importantes, et presque à une partie d'elle-même. « J'avais l'impression d'aller contre moi. » De ce côté, elle s'imposait de faire quelque chose avec quoi elle ne se sentait pas en accord ou en cohésion. Et cela avait un coût; celui de porter ce conflit qui l'a habité tout au long de son processus et peut-être même encore après. « Je l'sais pas, j'suis en paix avec moi-même là, mais euh... ouin. Mais je suis contente de l'avoir fait. Je suis... ouin... je pense que je suis en paix avec moi (rires)... J'essaie de me convaincre! (rires) Non, mais c'est, oui! Ben oui! Ben... oui. J'ai dit oui. »

Même dans ce récit ayant lieu dans l'après-coup, l'ambivalence est palpable. Elle dit également s'être sentie très seule face à ce choix. « La discussion elle se fait à deux (...) J'ai comme eu l'impression que c'était mon choix à moi. T'sais c'était pas un, si j'avais dit non, il [son conjoint] aurait accepté, pis si je dis oui ben y'est là. » Sophie sentait que malgré la présence de son conjoint et les discussions communes, c'était sa décision. Une solitude existentielle semble se dégager ici. En effet, cette expérience semble avoir confronté Sophie à elle-même, et au fait de devoir, elle et en son nom, se mettre en jeu, s'affirmer, assumer. C'est son corps à elle qui était en jeu. Choisir implique de se positionner, de prendre un risque, de renoncer, de perdre. Si la relation nous permet de porter les conséquences de ce choix ou d'en partager l'élaboration, c'est Sophie qui a affirmé son choix. Les décisions de commencer ou d'arrêter les traitements ne semblent pas être soutenues collectivement et reposent alors sur les épaules de l'individu. Ceci semble accentuer la solitude qui se vit à travers ces prises de décision. La ressource est là, elle existe. Quand commencer, et quand s'arrêter?

4.4.6 Être une femme sans enfant

Le premier échec, survenu deux mois avant nos rencontres, était donc très frais. Elle dit assumer son choix d'avoir cessé les traitements. Elle semble voir que sa vie ne s'arrêtera pas si elle n'a pas d'enfant, même si elle aimerait beaucoup vivre cela. Elle évoque le fait d'être tante plusieurs fois, et elle côtoie plusieurs enfants, bébés, dans son entourage. À travers ces relations, elle peut trouver un lien à l'enfance, au fait de prendre soin d'un bébé, etc. Elle se dit aussi qu'il y a toujours l'adoption si jamais elle et son conjoint veulent vraiment un enfant. Je ressens quelque chose d'assez serein dans son cheminement en l'écoutant, sans que cela n'évacue pour autant la tristesse liée au deuil d'un enfant. Cette tristesse semble avoir une place pour apparaître, en même temps qu'elle assume le risque de ne pas poursuivre les traitements. J'ai l'impression qu'elle travaille à porter ce choix.

C'est également le rapport aux autres femmes qui émerge à travers son récit et la décision de cesser les traitements. L'on pourrait même dire le rapport à l'autre femme, soit celle qui est mère. Sophie parle parfois de sa sensibilité à côtoyer des amies qui viennent d'accoucher. Elle raconte comme elle s'est sentie fragilisée lorsqu'elle a pris dans ses bras le bébé que sa sœur venait de mettre au monde. Cela soulève chez elle la tristesse du renoncement à vivre cette expérience. Par ailleurs, elle semble se rallier au féminin dans ce qui rassemble les femmes à ses yeux. Elle me relate que dans son milieu professionnel, les femmes s'informaient davantage que les hommes des traitements et de leur issue. Ses collègues femmes semblaient, selon son expérience, avoir une sensibilité particulière autant qu'elle s'est sentie plus accompagnée lorsqu'elle était traitée par une femme médecin. Ce qu'elle décrit tourne autour d'un sentiment de proximité plus grand, de l'impression d'être avec qu'elle disait ressentir de manière plus claire avec les femmes. Lorsqu'elle pense à la possibilité pour elle de ne pas avoir d'enfant, elle se dit particulièrement triste à l'idée de ne pas donner

naissance à un enfant qu'elle pourra voir grandir et accompagner. « Avoir un enfant, ça permet de retraverser les étapes de la vie », dit-elle. Comme si l'idée d'avoir un enfant portait en quelque sorte un espoir de retour en arrière, de pouvoir revivre un temps passé. Si c'est effectivement souvent le cas, symboliquement, c'est également l'enjeu d'une limite que cela soulève. L'irréversibilité est une condition temporelle profondément existentielle. L'enfant que l'on met au monde permet de transformer cette limite en revisitant un temps passé depuis une autre posture. L'enfant qui ne vient pas confronte à cette impossibilité définitive d'y revenir de cette manière. En ce sens, l'enfant peut s'énoncer comme la promesse d'un retour dans le temps même si au fond, une telle chose ne peut jamais advenir.

Sophie et son conjoint essaient toujours naturellement de concevoir en sachant qu'ils ont peu de chances que cela fonctionne, mais là encore, elle se dit qu'advienne que pourra. Faire un essai de FIV semble avoir été déjà beaucoup pour elle. Deux fois « ça aurait été trop ». « Je n'aurais pas fait ça deux fois. » Que recouvrent « ça », et ce qu'elle n'aurait pas fait deux fois? Elle a amplement décrit que ce « ça » incarnait une expérience complexe, parfois duelle, équivoque. « C'est paradoxal parce que t'sais, au début je voulais pas aller vers, j'avais pas aller vers là parce que ça me traumatisait pis j'aime mieux si c'est la nature qui fait les choses pis là c'est comme si on provoquait la nature à... t'sais à gonfler les hormones, à forcer le corps humain pour avoir un enfant, c'est... C'est, c'est, le désir est fort quand même. » De nouveau l'idée de provoquer la nature. Le choix du terme « nature » n'est pas neutre ici. La nature porte-t-elle l'idée du plus grand que soi? D'une instance sensée à laquelle il faut obéir? Soulève-t-elle l'idée d'une transgression? Par ailleurs, on peut se demander à quoi s'oppose ici la nature alors que Sophie dit préférer si c'est la nature qui fait les choses. Préférer la nature à la médecine? Ou à son choix personnel de tenter de déjouer les lois de la nature? Selon ses mots, « le désir est fort quand même

». C'est son désir qui semble l'avoir menée vers une trajectoire inédite pour elle. Son désir qui l'a poussée à choisir, malgré elle, d'être insoumise vis-à-vis de cette nature qui ne faisait pas les choses comme Sophie l'aurait souhaité. Elle me formule ceci vers la fin du second et dernier entretien. C'est en effet le désir qui l'a menée, avec toute son ambivalence et sa complexité. Si la participation à la recherche pour elle était portée par le souhait de « contribuer à l'avancement des connaissances », et de « participer à quelque chose » afin que son expérience « serve », elle a peut-être aussi contribué à l'élaboration d'une histoire, la sienne.

4.5 Éva

Éva est une femme très bien mise, souriante et énergique. Extrêmement volubile, elle m'a livré son récit avec un grand niveau de détails. Il m'a semblé que le besoin de parler se faisait sentir à travers son récit qui me paraissait parfois être un flot incessant de mots. J'ai rencontré en elle une femme habitée d'une grande détermination pour avoir un enfant. Ceci peut sembler paradoxal alors que mon projet de recherche traite notamment de l'arrêt des traitements et de la vie sans enfant qui s'ensuit. Éva et son conjoint prenaient effectivement une pause des traitements au moment de nos entretiens. Après deux inséminations infructueuses, puis deux cycles de FIV et enfin un troisième cycle de FIV sans transfert, un arrêt s'est imposé. L'engouement d'Éva à participer à ma recherche suggère l'ambivalence qui l'habite alors qu'elle s'engage dans un projet qui propose de réfléchir la « fin ». En même temps, elle me dit à plusieurs reprises qu'ils ne savent pas ce qu'il en sera de la suite, mais qu'une vie sans enfant n'est pas une option pour eux. C'est ce qui me mène à réfléchir à cette détermination qu'elle semble porter.

Éva et son mari forment un couple depuis quatre ans. C'est d'ailleurs de leur mariage qu'Éva me parle en premier. Elle avait à cœur de procéder dans l'ordre des choses avec son conjoint, c'est-à-dire acheter une maison, se marier, puis fonder une famille. Tout se déroulait d'ailleurs à merveille et selon le plan établi jusqu'à ce qu'elle cesse de prendre la pilule puis que, mois après mois, les règles remplaçaient tristement la venue tant espérée d'un bébé. Après avoir tenté de concevoir naturellement pendant plusieurs mois, Éva décida qu'il en était assez d'attendre et suggéra à son conjoint de procéder à des tests de fertilité. Convaincue qu'elle avait un « léger dérèglement hormonal », elle se disait qu'avec « des médicaments pour aider » elle tomberait finalement enceinte. Là encore, les choses ne se sont pas déroulées telles qu'elle étaient anticipées. Le diagnostic de tératospermie tomba du côté de son conjoint, ce qui le rendait hypofertile de manière importante. Après deux inséminations infructueuses, ils entamèrent les démarches en fécondation in vitro. Du premier cycle résulta une grossesse qui se termina en fausse couche. Le deuxième cycle ne fonctionna pas, puis au troisième cycle, le transfert ne put avoir lieu. C'est à ce moment que je rencontre Éva. Elle est alors en arrêt de travail et présente selon son médecin des symptômes de dépression. Elle ne sait pas encore si elle et son conjoint poursuivront les essais en PMA. Ce qui m'interpelle d'abord dans son récit est différents moments que j'ai eu l'idée de nommer « moments de rupture » : l'annonce du diagnostic, l'échec de la première insémination, la fausse couche au premier cycle de FIV, l'impossibilité d'effectuer un transfert au troisième cycle. Il faut dire qu'Éva s'efforce de raconter ces événements l'un à la suite de l'autre, insistant sur leur chronologie. Ces moments semblent avoir bousculé profondément le couple, et particulièrement le conjoint d'Éva qui occupe une grande place dans le récit. À travers tout ce qu'elle me raconte, je devine que ces secousses ont bousculé quelque chose en elle également.

D'emblée, alors que je devais rendre compte de ces rencontres, j'ai eu l'élan de faire le même effort qu'Éva, c'est-à-dire de raconter son histoire dans l'ordre chronologique. L'idée consciente étant d'abord de rendre son histoire avec justesse, ou en suivant le fil. À un autre niveau, peut-être moins conscient, je crois que je souhaitais mettre de l'ordre dans ce qui m'apparaissait être une masse d'informations où l'essentiel semblait parfois se perdre dans les détails. En effet, il m'est arrivé de ressentir un certain étourdissement en écoutant Éva, comme si tout m'était livré avec le même niveau d'importance si bien que je ne savais plus où donner de la tête. J'ai donc suivi mon instinct et rédigé un premier texte en rapportant les différents thèmes qui suivaient essentiellement la chronologie de son récit. À la relecture, le constat a été que je m'étais peut-être adonnée à un mouvement similaire au sien, soit celui d'organiser les choses chronologiquement, selon la trame d'un temps objectif (les dates, les jours, les heures). Cela a eu pour effet d'aplanir certains éléments de son histoire qui dans l'après-coup me sont apparus comme saillants. Voici donc le fruit d'un travail remanié autour de l'histoire d'Éva. Cette dernière semble avoir traversé un parcours marqué de moments clés qui ont eu l'effet de secousses causant des écarts à différents niveaux. D'abord, malgré son organisation chronologique, son récit m'a semblé être celui d'une temporalité brisée, là où les choses n'arrivent justement pas au moment où elles le devraient. Ensuite, sa traversée est marquée de ruptures entre le corps et l'esprit, le corps et l'être. Il m'est apparu également une forme de mise à l'écart d'elle-même comme femme, par rapport aux autres femmes, puis une rencontre avec la limite, là où les options pour parvenir à l'objectif visé semblent s'épuiser. Enfin, son histoire porte peut-être la souffrance de la rencontre d'une réalité où les choses ne se sont pas déroulées telles qu'Éva l'espérait au départ.

4.5.1 Une temporalité brisée

C'est par le chemin qu'a emprunté Éva pour me livrer son histoire, soit par l'insistance sur la chronologie des événements, que le thème de la temporalité m'est apparu. Le premier entretien débute par la photo qu'elle a choisie. Elle n'a pas photographié quelque chose tel que le demandait l'exercice. Elle a plutôt opté pour une photo de son mariage qu'elle me montre à même l'album souvenir : une image d'elle et son conjoint, main dans la main et de dos, traversant un petit pont dans un boisé. Elle me souligne que c'était important pour elle de commencer son histoire en évoquant leur mariage, car c'est ce qui en marque un peu le point de départ, me dit-elle. Puis elle commente la photo :

Donc ce qu'on voit sur l'image c'est le petit pont qu'on traverse, pis moi je trouvais ça bien l'image du pont, de dire qu'on traverse un pont donc on traverse une épreuve, je le voyais comme ça. Pis le fait que ce soit en forêt, qu'il y ait des roches, des racines, j'me dis t'sais y'a des, y'a des obstacles dans l'fond, en procréation assistée.

Par sa description de l'image, Éva évoque le parcours. Mais le mot « traverse » attire particulièrement mon attention. L'image présente la traversée d'un pont, passage par-dessus le ruisseau, les roches et les racines. Ce mot, traversée, rappelle par sa définition le passage d'un bout à l'autre d'un espace, un déplacement transversal qui nécessite de se frayer un chemin peut-être. Ce terme a également des origines dans le vocabulaire marin et signifie l'action de traverser la mer, ou un trajet qui se fait par mer, d'une rive à une autre. Par la résonance de sonorités similaires entre mer et mère, il semble que ce terme prenne ici un sens particulièrement évocateur. Comme si cette traversée d'un pont, cette traversée de la PMA, trace un chemin vers le devenir mère. Éva souligne « on traverse un pont donc on traverse une épreuve », comme si le pont symbolisait pour elle l'épreuve de la PMA. En y réfléchissant, il semble

effectivement que le pont se dresse sur cette séparation des rives, comme une tentative de joindre les terres, là où un gouffre se serait creusé. Cette image fait écho à l'idée que l'infertilité semble se vivre par Éva comme une rupture dans le fil continu de son histoire. Un peu comme si un bris avait eu lieu dans l'ordre des choses. Même si le projet de fonder une famille a été abordé très tôt dans leur relation, Éva et son conjoint ont d'abord souhaité se marier. Trois mois avant le mariage, elle a cessé de prendre la pilule avec la fantaisie d'annoncer sa grossesse au moment de leur mariage. « T'sais on jouait un peu avec le feu pis on se disait au pire ça serait drôle t'sais annoncer une grossesse au moment du mariage, oui! » Elle poursuit : « Là on est allés en voyage de noces pis là on avait t'sais vraiment le rêve typique de dire qu'on s'en va en voyage de noces, je reviens, j'suis enceinte! (petit rire) On espérait que ce soit comme la petite histoire parfaite ». Manifestement, les choses ne se sont pas déroulées ainsi. De là l'idée peut-être d'une histoire où les choses ne se passent pas dans l'ordre attendu. Une histoire où l'insistance de la chronologie des choses semble venir se dresser comme un pont sur cette temporalité brisée.

Après avoir abordé la photo du mariage, Éva a poursuivi son récit en me rapportant, dans l'ordre, comment les choses se sont passées pour elle et son conjoint. Elle insiste particulièrement sur certains moments marquants que j'ai vus apparaître comme des points de rupture dans le parcours; il m'a semblé que ces moments se dégagent du reste de l'histoire au-delà de leur chronologie. C'est que chacun de ces événements a eu à mes yeux l'effet d'une secousse venant ébranler le projet d'Éva, et creusant encore plus le fossé entre le déroulement rêvé des choses et la situation réelle. En effet, l'annonce du diagnostic d'infertilité du conjoint, la première insémination, la première injection, la première ponction ovarienne et l'annonce de la fausse couche survenue après la première FIV me semblent avoir été des moments de passage que j'ai eu envie de raconter à mon tour.

Après plusieurs mois d'essais infructueux pour concevoir un enfant, l'inquiétude semble être venue jeter de l'ombre sur le tableau parfait qu'imaginait Éva. Elle entreprit donc des démarches auprès de leur médecin de famille dans le but d'en avoir « le cœur net ». Éva et son conjoint se présentent enfin à leur rendez-vous médical afin de recevoir les résultats des tests préalablement effectués. Ironiquement, ce rendez-vous médical avait lieu le lendemain de la Fête des Mères. Éva le souligne et raconte également qu'en cette journée du rendez-vous médical attendu, sa meilleure amie accouchait. « Fait que là, c'est comme vraiment arrivé en même temps. T'sais elle, elle accouchait, c'est ma meilleure amie, pis moi ben j'allais chercher mon diagnostic ». Donc en ce lendemain de Fête des Mères, sa meilleure amie devenait mère, et Éva apprenait que le chemin pour qu'elle puisse le devenir elle-même serait probablement plus long et laborieux qu'elle ne l'avait projeté. Cette coïncidence d'évènements presque contraires a peut-être accentué le poids de la mauvaise nouvelle et semble soulever encore plus de souffrance dans l'après-coup alors que le diagnostic est connu. À la suite de l'annonce de la condition qui affecte son conjoint, elle semble recevoir la solution proposée par le médecin avec stupéfaction : « Pis là j'me rappelle la médecin elle nous a tout de suite dit que ben en fait la solution pour nous ce serait vraiment la fécondation in vitro. En partant. T'sais pas de on va essayer des hormones, on va, elle a dit que y'a rien qu'on puisse faire pour une infertilité masculine, rien ». De l'inquiétude quant à leur fertilité à la proposition d'avoir recours à la FIV, c'est un pas de géant qui ne semblait pas avoir été anticipé. Éva me dit « T'sais, y'a pas de pilules à donner pour un homme. T'sais les femmes y'a des petites pilules ou des injections d'hormones que tu peux prendre pour t'aider, mais pour l'infertilité masculine, y'a rien ». L'annonce du diagnostic semble avoir eu l'effet d'une secousse. « Moi j'avais juste le goût de pleurer, mais j'voulais pas pleurer devant lui [son conjoint] parce que j'voulais pas le décourager. Pis la seconde que j'suis embarquée dans mon auto, je ne faisais que pleurer. Je suis revenue à la

maison, je ne faisais que pleurer. » Ainsi, le diagnostic marque une rupture du temps : quelque chose de l'élan naturel des choses est freiné. Puis la séparation semble se poursuivre jusque dans le lien qui l'unit à son conjoint : elle ne peut pleurer devant lui ni avec lui.

Éva élabore peu voire pas du tout sur ces pleurs. Elle relativise rapidement en racontant la situation d'une amie dont le conjoint a également une tératospermie pire que celle de son conjoint à elle. Puis elle enchaîne en parlant du fait qu'elle souhaitait préserver son conjoint de sa peine. « Fait que moi écoute, j'étais complètement démoralisée, mais en même temps on dirait que j'avais pas trop le laisser paraître devant lui parce que j'avais pas le décourager. » Ce souci lui vient notamment du fait qu'elle a l'impression que c'est pire pour un homme que pour une femme d'avoir un problème de fertilité et donc c'est peut-être l'estime de soi de son conjoint qu'elle avait peur d'ébranler en lui montrant son désarroi. Elle poursuit : « On dirait que ça touche leur virilité, leur, leur masculinité, je l'sais pas comment, comment expliquer ça, mais t'es pas un vrai homme si t'es pas capable de faire un bébé ». En racontant ainsi le vécu de son conjoint qu'elle souhaite tant préserver, c'est de l'autre dont elle parle dans son récit. Il semble que le diagnostic – en tant qu'évènement - vienne créer une sorte de secousse qui l'éloigne de son conjoint. Comme si le pendant psychique de cette annonce dans la réalité se situait autour du fait d'être triste, de constater la faiblesse de l'autre, et de ne pouvoir en parler. Cela semble également se prolonger dans l'axe de la communication, soit dans l'impossibilité de parler, à deux, d'un évènement qui les affecte tous les deux. De là, elle parle de son conjoint et très peu d'elle-même, et peut-être y a-t-il là une façon de se mettre à distance de son propre vécu en n'occupant pas l'avant-scène de son récit. Il semble par ailleurs que la réaction d'Éva (soit ses pleurs, sa tristesse et peut-être sa colère) ait difficilement pu se vivre au sein du couple, dans le lien à son conjoint. Le diagnostic d'infertilité est

venu créer une rupture dans le fil de l'histoire projetée, mais également dans la relation entre Éva et son conjoint.

Rapidement, Éva a adopté une attitude très proactive en demandant au médecin : « bon, ok, fait que là qu'est-ce qu'on fait? » Malgré le fait que les chances en insémination étaient pratiquement nulles pour eux, le médecin a suggéré de tenter quelques cycles avec cette méthode afin de voir comment Éva réagirait aux hormones et de les habituer tranquillement aux traitements de fertilité. Cette idée d'une habitude ou d'une progression à travers les traitements est peu fréquente. En effet, dans le cadre de cette recherche peu de femmes ont fait le récit d'expérience où le médecin suggère de prendre le temps de s'y faire, en quelque sorte. Parallèlement à ce constat, il m'a semblé que prendre le temps de s'y faire sous-entend en quelque sorte une certaine durée du parcours. Comme si cela allait nécessairement être long. C'est peut-être cela que cherchent à éviter à la fois médecins et patients en s'engageant dans les traitements à un rythme très rapide. Éva n'est pas tombée enceinte à la suite de la première insémination et raconte qu'à partir de ce moment-là, son conjoint a vécu beaucoup de découragement. « Y'était comme complètement découragé. Y disait que j'avais pris plein de médicaments, fait une injection pis ça donne rien! On le savait en même temps que c'était... mais là lui à partir de ce moment-là ça l'a plus découragé quand y'avait des échecs. » Il semble que le premier essai infructueux a concrétisé quelque chose pour son conjoint, peut-être la grande difficulté de concevoir? Peut-être le constat que la route pourrait être longue? Et, à la lumière du commentaire évoquant les efforts qu'ils ont mis – prise de médicament, injection... - le constat que leur investissement ne garantissait en rien un résultat. Un peu comme s'ils avaient fait l'expérience concrète de cette confrontation à la réalité où le contrôle n'est qu'une illusion. L'expérience vécue de ce qui échappe encore à la maîtrise humaine. C'est peut-être qu'à ce moment, à l'issue de cette première

insémination qui n'a pas aboutit en grossesse, qu'est venue s'inscrire et se vivre, encore, la possibilité que l'enfant ne vienne pas au moment désiré. Il est intéressant de noter que ces attentes se sont installées malgré les paroles du médecin qui l'ont mise en garde ici, disant que les chances étaient quasi nulles avec l'insémination. Ainsi, la PMA crée une attente et un imaginaire de résultats. Ce qu'Éva souligne ici semble être une attente spécifique (celle de devenir enceinte) et d'un moment particulier (l'échec de la première insémination artificielle) où elle a particulièrement pris conscience que ses attentes pouvaient être déçues par le résultat réel. En quelque sorte, elle évoque un début de deuil ou une forme de désillusion.

Alors qu'elle parle amplement du découragement de son conjoint, Éva ne dit pratiquement rien de sa réaction à elle. C'est à travers l'autre qu'elle parle du parcours en PMA. Elle me raconte avoir répondu à son conjoint qu'ils devaient s'attendre à ce que ça ne fonctionne pas avec l'insémination. Elle poursuit en racontant les bouleversements de leur horaire, et la place que les traitements et les rendez-vous médicaux prenaient dans leur quotidien. La temporalité brisée au long cours parce que l'histoire imaginée ne se déroule pas comme prévu vient rejoindre dans son récit les secousses de la temporalité quotidienne, des journées qui passent au rythme scandé par la PMA. Sans approfondir beaucoup plus sur son vécu affectif de ces mouvements, elle en vient rapidement au fait que finalement, après deux inséminations infructueuses, ils ont décidé de passer à la fécondation in vitro. Les ruptures de l'ordre projeté des choses ou du déroulement prévu des événements semblent venir s'inscrire dans une forme de temporalité brisée du récit d'Éva. Ce bris m'a semblé trouver une forme de résonance dans cet écart creusé entre l'idéal projeté et la réalité rencontrée tout au long du processus de procréation assistée. C'est ce à quoi s'attardera le prochain segment de manière plus explicite.

4.5.2 Entre l'idée et le réel de la clinique

Il semble qu'à travers l'expérience concrète des traitements, quelque chose se soit révélé à Éva quant à l'intensité de son vécu. Ou plutôt, c'est au moment de vivre réellement la procédure, dans le temps, dans le corps et dans l'espace, que l'intensité de celle-ci s'est vraiment manifestée, créant une forme d'écart entre l'idée projetée par Éva et la réalité des traitements. À plusieurs moments de son récit, Éva me raconte qu'elle ne « s'imaginait pas que cela serait comme ça », en évoquant par exemple la ponction ovarienne, ou l'injection d'un médicament. À différents moments, elle semble avoir été confrontée entre ce qu'elle s'imaginait et ce qui s'éprouvait réellement en elle (qui était toujours plus intense au niveau de la charge émotionnelle ou de la douleur physique que l'idée faite à l'avance). Cet enjeu sera déployé plus amplement à travers le présent segment de la thèse.

Afin d'illustrer cet écart que je tente ici de décrire, voici l'exemple du récit que me fait Éva de sa première ponction ovarienne qui s'est avérée être une intervention beaucoup plus importante que ce à quoi elle s'attendait. Elle me dit : « Là t'sais ça, moi dans ma tête c'est comme un examen gynécologique. T'sais j'voyais pas ça, t'sais pis pourtant le médecin l'a expliqué, mais dans ma tête à moi c'était bénin. » Elle poursuit : « Là, la ponction arrive pis là tu vas te mettre en petite jaquette d'hôpital, t'enlèves tous tes bijoux, là ton médecin, euh, ton chum est habillé en médecin aussi là, les pantalons, le petit kit de médecin, le masque, le casque. » Soulignons ici le lapsus, l'emploi du mot médecin pour parler de conjoint, erreur qu'elle corrige spontanément et qui témoigne peut-être de la confusion qui peut s'installer, comme si le médical prenait tranquillement toute la place et que même son conjoint participait à cette opération en devenant, dans l'imaginaire, médecin. Éva

poursuit son récit en racontant l'installation d'un soluté, afin de donner une solution hydratante et des médicaments par voie intraveineuse. « Fait que là, t'es pluggée de partout on dirait là. Pis là c'est la grande salle toute blanche, la chaise, le gros spot, les étrières, pis là l'échographie en même temps pis là euh, pis là ben finalement c'est vraiment une opération là! » Au moment de me raconter cela, Éva semble encore surprise de ne pas avoir saisi dès le départ l'ampleur de l'intervention. « Moi j'voyais pas ça comme une opération, j'voyais vraiment, j'sais pas pourquoi, naïvement dans ma tête, j'voyais ça plus petit que ça là. » Sans pourtant se situer dans la même sphère, il me semble possible de faire un parallèle entre le « choc » si l'on peut dire, de la première insémination infructueuse, et celui de l'ampleur de la ponction ovarienne. L'idée qui lie peut-être ceci est que quelque chose semble se révéler dans l'expérience concrète, c'est-à-dire au moment de le vivre réellement. En ce qui concerne la ponction, la représentation que s'en faisait Éva ne coïncidait visiblement pas avec la réalité malgré les descriptions détaillées du médecin à propos de l'intervention. C'est au moment de le vivre que s'est fait sentir non seulement l'intensité de la ponction, mais aussi le décalage entre l'idée qu'elle s'en faisait, ce qu'il en était réellement, et comment le traitement a été vécu. Si l'idée qu'elle se faisait ne coïncidait pas avec l'intensité de l'intervention, il semble que ce décalage se poursuit même dans son récit. Sa manière de raconter l'intervention est en effet assez légère, sur un ton presque humoristique. Comme si la charge de ce qui avait été appréhendé comme « bénin » continue d'être diminuée dans le récit qu'elle en fait. Par exemple, Éva explique une partie de l'intervention et la douleur qu'elle suscite : « Ben y percent la paroi du vagin pour atteindre le, les ovaires là, c'est, c'est douloureux. C'est pas agréable. » Je ne peux m'empêcher de lire une forme de *decrecendo* dans la description qui s'ouvre par cette image forte et portant une certaine violence « y percent la paroi du vagin ». Le vagin qui serait, dans une conception naturelle, pénétré par le sexe de l'homme, est désormais « percé » par l'aiguille du médecin. Cette manière de décrire l'intervention nous fait voyager dans un univers potentiellement éloigné de la douceur et possiblement plus près de

l'intrusion, voire de l'effraction. Or il s'agit là d'une inférence de ma part, de quelque chose que je suppose à partir de ce qu'elle me raconte. Dans ses mots à elle : « c'est douloureux », je n'ai pas accès à la violence ou à l'intrusion. Je la devine à partir de « y percent la paroi du vagin ». Presque à la manière d'une ellipse, quelque chose semble absent. Cela donne presque l'impression que quelque chose est irracontable ou ne trouve pas sa place dans le récit à l'autre. Voilà qui peut nous ramener à la notion d'écart. Raconter, c'est dire cet écart entre l'idée et le réel projeté. C'est raconter le décalage, le réel de l'organe percé. Le mouvement qui semble se dessiner pourrait être décrit comme suit : au moment du traitement, Éva est confrontée à la charge de l'expérience concrète qu'elle avait appréhendée dans une moindre mesure, ce qui vient creuser un fossé entre l'idée projetée et la réalité vécue. Cette expérience vient l'ébranler à différents niveaux (par exemple, la douleur ressentie plus fortement qu'appréhendée, donc le bouleversement de la douleur comme telle, mais aussi de ne pas l'avoir anticipée aussi forte dans le réel corporel). Puis, dans l'après-coup, quelque chose ne parvient pas à se dire, et le récit se déploie comme une mise en abîme de l'expérience de cet écart, c'est-à-dire que le récit ne semble pas donner accès au processus vécu de l'intérieur. C'est un peu comme si l'intensité se voyait toujours mise à distance, autant dans l'avant que dans l'après, soit dans l'appréhension de l'intervention que dans le récit qui en est fait par la suite. Il semble que ce décalage se soit rendu à moi au niveau du ressenti alors qu'il m'est apparu que les entretiens avaient été porteurs d'une certaine charge affective, mais qu'il m'a été assez difficile d'en dire quelque chose par la suite. C'est ce processus d'analyse (et de ma difficulté à rendre compte de l'expérience d'Éva) qui m'a mené à réfléchir en terme de décalage, de béance, comme si l'intervention était venue creuser un espace auquel je n'ai pu avoir accès, possiblement parce qu'il n'a pas pu être accessible pour Éva non plus.

L'annonce de l'infertilité, la première insémination infructueuse, la première ponction ovarienne puis la fausse couche sont des moments qui ont, semble-t-il, marqué l'expérience d'Éva. Du moins, ils en marquent le récit et elle les raconte comme s'il s'agissait de tournants, en quelque sorte. Ce qui me semble relier ces moments est peut-être de l'ordre d'une confrontation à la réalité de leur situation (l'impossibilité de concevoir un enfant). Un peu comme si l'intensité de la perte se donnait à vivre dans l'expérience concrète de recevoir un diagnostic, d'un test de grossesse négatif, de l'ampleur d'une intervention, d'une ponction ovarienne, d'une fausse couche. C'est dans le vécu concret et tangible de l'infertilité et du processus qui tente d'y répondre que se déploient les enjeux liés à la perte, au deuil et à la souffrance que cela génère. C'est également dans le vécu de l'écart que tout ce parcours opère entre l'idée et le réel, entre la vie rêvée et la réalité de la clinique. Peut-être est-ce ce qui entraîne la création d'un gouffre où vient se loger ce qui ne peut se dire du processus vécu de l'intérieur. Car paradoxalement, si Éva insiste sur le fait que ces événements sont particulièrement marquants, il y est assez peu – du moins dans son récit manifeste – question de son propre processus à travers ces traitements. Et si l'intensité de sa peine se disait à travers son insistance sur ces moments? L'expérience de l'infertilité et son processus marquant pour Éva se disent avant tout comme une histoire, avec des étapes précises, rythmées par les essais et les échecs. Une histoire où l'émotion est souvent absente, en tout cas dans le discours, ou alors dite à demi-mot. C'est à travers cela qu'Éva se raconte et qu'elle nous donne accès à sa souffrance. Il y a un irracontable de la douleur. Elle est allégée, ou alors tue, ou dite à travers le corps physique. En effet, le corps semble avoir été ce par quoi la douleur, et peut-être aussi la souffrance de ne pas avoir d'enfant, ont pu se raconter. Penchons-nous donc un peu plus en profondeur sur ce thème.

4.5.3 Dire la douleur, taire le vécu; récit du corps

Rappelons la question qui anime cette recherche, soit celle de l'expérience des femmes qui reçoivent des traitements de fécondation in vitro et qui cessent ces traitements sans avoir eu d'enfant. Il s'agit de s'intéresser à cette expérience telle que racontée par les femmes, et à travers différents angles, dont celui du rapport au corps. Le corps se trouve inévitablement ciblé par les traitements de PMA et il semble intéressant de s'attarder à la manière dont les femmes mettent en scène leur corps (et donc elles-mêmes – elles parlent d'elles à travers leur corps physique) dans leur récit. À l'instar de l'ensemble de son récit, Éva parle du vécu du corps avec une certaine distance (en riant, en atténuant certains de ses propos, en parlant beaucoup des réactions de son conjoint). Ainsi, elle relate certaines interventions en évoquant l'intensité de la douleur ressentie, puis aussitôt cela nommé, son propos semble s'écarter d'elle et de son propre vécu pour se diriger vers autre chose (le vécu de son conjoint, ou une autre expérience). Voyons ce qui m'a mené à formuler ceci.

L'une des voies que prend le récit du corps que fait Éva est celui de la douleur. Lorsqu'Éva me raconte sa première ponction ovarienne, elle me parle de la douleur ressentie dans l'après-coup du traitement, lorsque « ça dégèle ». Elle dit :

T'sais j'étais sortie correcte, mais j'avais tellement de la difficulté à marcher en sortant de là. T'es tellement, parce que quand tu dégèles, c'est là que la douleur... arrive, pis là t'as l'impression d'avoir eu des couteaux dans les ovaires, ça fait mal. (...) Là tu prends des Advil, mais là t'as mal, t'as mal, t'as mal. T'es enflée. Écoute, je marchais là, c'était tellement drôle, je marchais là à petits, petits pas là. Comme une grand-mère.

Me reste « comme une grand-mère » en tête, avec l'idée que la douleur l'amène hors du temps de son propre corps, dans celui d'une personne beaucoup plus âgée et pouvant difficilement se mouvoir. L'impression d'avoir eu des couteaux dans les ovaires rejoint presque, étrangement, la réalité du traitement où les ovaires ont littéralement été percés. Cette impression semble, pour Éva, se donner à sentir après le traitement, lorsque l'anesthésiant cesse de faire effet, lorsque « ça dégèle ». On pourrait dire que l'intervention continue de résonner, d'être portée à travers la douleur qui semble s'amplifier dans les jours qui suivent. La douleur apparaît lorsque l'effet de l'anesthésie disparaît, lorsque le corps « dégèle » et que parallèlement Éva prend conscience de ce qui a été fait. Même dans son récit, l'évocation de la douleur vient après la description concrète de l'intervention. De plus, la douleur décrite est celle d'après l'intervention, le « pendant » ayant pu être supportable grâce à l'anesthésie. Les couteaux dans les ovaires, caractérisant souvent un type de douleur assez spécifique, m'évoquent l'image d'un ventre lacéré avec la douleur que cela suppose. Parallèlement, cela vient éveiller tout un imaginaire autour de la castration et la souffrance que peut soulever l'impossibilité de féconder un bébé à l'intérieur de son propre corps.

Éva poursuit son récit, revenant à la douleur :

J'étais là ouch, t'sais ça fait mal. Pis j'avais été enflée, quelque jours enflée pis c'est normal. T'sais t'appelles à la clinique, t'sais j'trouvais vraiment que j'étais enflée pis oui, oui, c'est normal pis ça va disparaître, ok t'sais. T'as pas le goût de faire l'amour après ça là. T'es vraiment euh... t'es enflée pis ça fait mal. T'sais juste d'aller faire ton petit pipi là ça, ça fait mal. T'sais tu, tu le sens là que, on t'a, j'sais pas là comment dire ça. Qu'on t'a opérée là. Tu le sens vraiment là.

Éva semble ici parler d'elle comme un corps, réduite au rythme du rétablissement, de l'enflure. Comme si ce qui lui restait après l'intervention était une sorte de confinement au temps dont son corps a besoin pour se remettre. L'expérience vécue y semble assimilée à celle d'une opération et l'on trouve assez peu de mots pour la douleur comme telle. Cette douleur était nommée, puis tue par la suite. Elle est plutôt évoquée en matière de sensation des marques laissées sur le corps à la suite de l'intervention. Le fait de se sentir enflée, de ressentir des douleurs au moment d'uriner, le fait de ne pas avoir envie d'avoir une relation sexuelle décrivent presque un état de convalescence où le corps doit se remettre de l'intervention qui a eu lieu. Il semble y avoir quelque chose d'irracontable dans la douleur et ce que celle-ci peut faire vivre, mais qui est dit à travers les effets de l'intervention sur le corps physique.

Lors de la deuxième ponction ovarienne, Éva a eu une réaction allergique à l'un des médicaments et a fait une chute de pression après l'intervention. Elle s'est évanouie à quelques reprises au cours de la journée qu'elle a dû passer à la clinique jusqu'à ce qu'elle se sente mieux. Elle me raconte cette journée en riant et en me racontant avec humour comment elle était « incapable de bouger », et qu'elle devait se « déplacer en chaise roulante ». Le médecin attribue cet incident à une réaction au médicament : « Y m'ont dit que c'est vraiment par rapport au médicament pis en même temps c'est peut-être dû aussi à la douleur que t'as. T'sais la dernière fois comme ils avaient retiré 7 ovules, pis là y'en avaient retiré 10, ben c'est sûr qu'y'ont piqué plus de fois pour aller chercher les ovules donc moi je pense qu'y'a ça aussi qui faisait que j'avais plus de douleur. » Rapidement, elle poursuit en me disant combien son conjoint s'est montré bon et n'a pas pris panique dans cette situation où il voyait sa conjointe affligée de chutes de pression répétitives. La question de la douleur est évidemment évoquée ici, une douleur potentiellement assez forte pour causer une perte de conscience. Or, cette douleur n'est que très peu décrite (ou alors simplement nommée

par le nombre d'ovules prélevés et donc le nombre de fois que l'aiguille a traversé l'ovaire). Éva elle-même semble supposer cette douleur qu'elle n'a pas ressentie sur le coup; elle la déduit suite au nombre plus élevé de prélèvements. Elle nomme néanmoins une douleur assez intense pour qu'elle la relie à ses pertes de conscience. Ceci me mène à penser qu'à travers ce processus, il y a séparation du corps et de l'esprit au moins temporaire avec la perte de conscience comme si cet élément venait raconter une dissociation vécue dans le réel de l'expérience pendant les traitements. Cette manière de raconter l'épreuve du corps revient à quelques reprises dans le récit comme si quelque chose se déplaçait ailleurs. Peu de mots pour sa douleur, mais beaucoup pour son conjoint qui l'a soutenue.

Le récit de sa première injection se déroule un peu de manière similaire alors qu'elle se dit avoir été très ébranlée de devoir se piquer elle-même.

J'me pique pas. Honnêtement là, j'ai dit à B que j'pourrais le piquer, j'pourrais piquer n'importe qui, mais je ne me pique pas, c'est pas vrai. J'suis prête à faire ben des affaires là, à faire tous les suivis téléphoniques, aller à tous les rendez-vous euh... (...) assumer tous les effets secondaires des hormones si j'en ai...

Ainsi le fait de se piquer elle-même franchissait une sorte de limite quant à ce qu'elle était prête à faire pour les traitements. Elle me raconte en détail le moment de la première injection (la préparation et le stress autour de celle-ci) qu'elle décrit comme un moment « épique ». Puis me dit que finalement, elle n'a rien senti et que c'était vraiment rien. Elle enchaîne avec le souvenir d'une prise de sang où l'infirmière lui a fait éclater deux veines. Cet événement avait été très douloureux et elle en avait porté les marques plusieurs jours après. L'intensité du moment même de sa première

injection est nommée, puis rapidement diminuée en disant que finalement cette piqûre n'était pas grand-chose. Or il semble que cela ne soit pas anodin que suive le récit d'une autre piqûre, celle-ci marquée de douleur. Le récit de prise de sang se veut une explication pour le fait qu'Éva a peur des aiguilles et est un exemple de mauvaise expérience qu'elle a eue. Mais il vient également s'inscrire dans une trame narrative à propos des traitements de procréation assistée. En fait, le récit de son expérience c'est ici le récit des piqûres. Dans le contexte où il est impossible de tout dire, il nous faut comprendre les éléments du récit comme étant des choix qui, consciemment et inconsciemment, viennent témoigner de son parcours et en font ressortir les éléments saillants. Dans un second temps, celui de l'interprétation, d'autres choix sont effectués (par moi cette fois). Si mon travail ne vise pas et ne pouvait pas rendre compte de l'exactitude du récit de chaque femme, il implique que mon attention se porte sur des éléments particuliers. Ce second travail de sélection vient à nouveau mettre en lumière des enjeux qui peuvent nous apparaître comme étant significatifs. Le thème des injections vient exemplifier ceci alors qu'il semble récurrent à travers les entretiens, mais aussi par mon insistance à y accorder de l'attention. Lorsque je relis l'extrait ci-dessus, « j'me pique pas », me vient d'emblée l'image d'une « junkie », de la drogue par injection. Comme si le seul contexte où quelqu'un se piquait lui-même était celui-là, ou alors celui de la maladie. En faisant un pas de plus, l'idée « se piquer » me mène à penser à la dépendance, à la dépendance donc quelque chose peut se dessiner à travers l'acharnement parfois observé dans les parcours en PMA. Si cela relève d'un niveau très interprétatif, peut-être vient-il aussi nous parler de l'insistance qui peut s'installer au cours des traitements. L'insistance du désir auquel on ne parvient pas à renoncer, l'insistance de la tentative de solution (à travers les essais répétés), puis l'insistance des marques sur le corps (injections, médicaments, examens, ponction...). Les éléments qui marquent le récit d'Éva sont certes significatifs. Mais également la manière dont son récit se déploie, c'est-à-dire qu'elle me parle d'interventions vécues à même son corps, et qui viennent prendre une place considérable dans notre entretien tout en masquant son vécu intime de ces traitements.

Parallèlement, la douleur semble possible à raconter à travers le corps : comme ce à travers quoi il lui est possible de donner accès aux marques de son parcours (l'enflure, les chutes de pression, les douleurs ressenties après les interventions). De même, c'est également par la voie du corps physique qu'elle me parle de son expérience de cesser les traitements.

Après l'arrêt des traitements, Éva a décidé en effet de reprendre plusieurs activités sportives qu'elle aimait. Aérobie, natation, yoga, course à pied et cross fit font désormais partie de son horaire hebdomadaire. À travers ces activités qui mettent en scène le corps sportif, le corps en forme, elle dit souhaiter retrouver une « belle shape ». « Écoute, faute d'avoir un bébé, t'sais mes amies se plaignent de leur corps qui a changé, tout ça, j'suis comme, moi là, j'vais être en shape! Comme à mon mariage. J'pesais 117 livres là, j'étais vraiment cut! » La fierté perce son regard alors qu'elle me parle de sa taille de guêpe. En terminant les traitements de PMA pour le moins exigeants physiquement, il semble qu'elle se soit dirigée vers d'autres activités (plusieurs, dont une, le cross fit, très intense), qui mettent à profit le corps. « Faute d'avoir un bébé... je vais être en shape! », comme si le corps devait donner quelque chose, comme si quelque chose d'un rapport utilitaire au corps avait pu s'installer. En fait, après l'arrêt des traitements, Éva est dans l'action, elle s'active, elle investit le corps par le sport un peu comme une compensation ou une tentative de mettre le corps en vie autrement. Dans le prolongement de son expérience où le corps n'a pas donné raison à son désir de porter un enfant (malgré toutes les tentatives), elle semble se plonger dans une foule d'activités qui mettront le corps au profit de son apparence, ou de sa forme physique, tentant d'obtenir quelque chose. Peut-être y a-t-il là la quête d'un corps performant dans l'action sportive alors qu'il ne l'a pas été ailleurs. Elle semble ainsi mettre l'accent sur son corps « image » qui pourra témoigner d'un certain idéal féminin tel que véhiculé socialement : celui de la femme active, mince,

et « en shape », ce à quoi les amies d'Éva qui sont mères ne semblent pas avoir accès. Par ailleurs, peut-être peut-on voir ici quelque chose d'une compensation ou d'un autre être-au-monde; comme une façon différente d'investir son corps sujet, de le rallier à elle sur un plan identitaire que serait celui d'une femme active et en forme presque comme une revanche.

4.5.4 Être une femme parmi celles qui sont mères

Éva me raconte ainsi sa remise en forme qui semble lui permettre de donner un certain sens à son expérience en profitant du fait qu'elle n'est pas mère (et donc qu'elle a du temps, de l'énergie pour s'entraîner) et que son corps peut retrouver la forme d'un corps de jeune fille. Cet exemple me mène à la question du féminin qui semble pour Éva marquée par le fait d'être une femme sans enfant, mais également d'être une femme parmi d'autres qui elles, sont mères. Ses amies, mères pour la plupart, semblaient lui refléter cet état auquel elle ne pouvait appartenir et les côtoyer est devenu difficile. Éva raconte par exemple plusieurs situations d'annonces de grossesse par des femmes de son entourage (amies, collègues de travail, membre de la famille). Ces annonces semblent avoir été vécues comme confrontantes alors qu'Éva les relate en mentionnant « pourquoi elle, pis pas moi ». Le fait que cela « fonctionne » pour les autres lui semble difficile à supporter.

(...) Un moment donné tu deviens tellement juste là-dedans que toi ça marche pas, toi ça marche pas, toi ça marche pas, que là toutes tes amies, t'sais là t'as peur des annonces. Comme là, là y'a une de mes amies qui, je sais qu'elle essaie pour un deuxième pis là elle veut donc qu'on se voit, elle veut qu'on se voit pis là j'suis comme bon, elle va tu me dire qu'elle attend un deuxième enfant?

Comme si un nouvel écart se créait ici entre elle et les autres, celles qui ont des enfants, et que cela contribuait à accentuer la souffrance de son expérience. Dans l'extrait ci-dessus, la répétition de « toi ça marche pas » n'est certes pas anodine. Elle peut être entendue presque comme un mantra qui l'habite et qui prend une nouvelle amplitude lorsqu'en opposition, pour l'autre femme, « ça marche ». Elle parle en fait d'un sentiment d'exclusion ou d'injustice.

À la différence de certaines femmes disant ne pas s'être senties reconnues comme femme à travers les démarches, Éva m'a souligné qu'elle n'avait pas senti sa féminité affectée durant le parcours en PMA. Elle explique ceci par le fait qu'elle n'était pas porteuse de l'infertilité. « Si c'est moi qui était infertile, je pense que je le vivrais différemment. (...) Mais le fait que ce soit pas moi qui soit infertile... parce que y'a des femmes sur le forum qui se sentent mal pis qu'on dirait qu'y se sentent moins femme à cause de ça. Mais moi j'me vois pas comme ça parce que j'me dis que moi j'en ai pas de problème de fertilité, donc moi j'suis pas moins femme. » Éva parle de son expérience et du rapport au féminin sans mentionner de manque et sans se sentir diminuée. Elle trouve même une source de gratification à travers les traitements, alors que le regard des autres peut être admirateur :

T'sais j'trouve que t'as de l'admiration aussi de ben des gens qui disent « j'pense pas que moi je serais capable de faire ça. » (...) T'sais c'est vrai. Y'en a qui font une fécondation in vitro pis qu'y disent que c'est fini. T'sais moi j'me dis bon, peut-être que j'suis plus tolérante ou je sais pas, peut-être que j'ai, j'ai une euh résiliation, résilience?

Ainsi elle se retrouve un peu glorifiée de ce parcours qui est très ardu aux yeux des autres. Donc le parcours est aussi décrit comme une source secondaire de valorisation.

À d'autres égards, Éva évoque la maternité en me racontant par exemple combien elle a à cœur la réussite de ses élèves. Elle m'explique en multiples détails le genre d'aménagements qu'elle peut mettre en place pour favoriser la réussite de ses élèves et tout son investissement dans son métier d'enseignante. Elle me raconte également une soirée passée avec une amie nouvellement mère et son nourrisson. Elle aurait réussi à finalement endormir le bébé qui pleurait apparemment depuis des heures. Éva me fait le récit de cette soirée en mentionnant combien son conjoint lui reflétait qu'elle serait « tellement une bonne mère ». Elle me raconte par ailleurs des après-midi passés avec ses neveux en prenant soin de me parler de tout ce à quoi elle a pensé (collations, repas que les enfants aiment, activités appropriées, etc.). Au moment de réécouter les entretiens, je me souviens d'avoir trouvé ces petits récits quasi anecdotiques et d'avoir considéré le niveau de détails particulièrement élevé. Prenant un pas de recul, je me suis surprise à l'imaginer en train d'accompagner un élève en difficulté, m'est apparue une image d'elle qui dresse la table à diner pour des enfants, elle qui berce un bébé dans ses bras pour l'endormir. Je l'imaginai avoir ces comportements maternels puis il m'a semblé qu'à travers ces anecdotes elle était venue déposer cette part d'elle – la mère qu'elle espère devenir – dans le dialogue de l'entretien. Comme si sa mise en récit avait rendu possible de faire vivre, dans mon imaginaire (donc pour une autre femme) la mère qu'elle serait et qu'elle est déjà en elle. À travers ses mots, je peux porter cette mère jusqu'ici et cela vient peut-être témoigner d'un besoin qu'elle a pu éprouver de se sentir mère aux yeux des autres, ou comme les autres. Un besoin peut-être de se rallier à la maternité malgré l'absence d'enfant.

4.5.5 Le récit de l'arrêt des traitements : l'insistance de l'impensable

Ce projet de recherche s'intéresse tout particulièrement à la question de l'arrêt des traitements; rappelons ainsi l'un des sous-objectifs vise l'exploration du vécu de la limite relativement à l'arrêt des traitements. Au moment de recruter les femmes qui allaient prendre part à ce projet, nous avons mis l'accent sur le fait que notre intérêt était porté sur les femmes ayant cessé les traitements sans avoir eu d'enfant, et nous supposions que cela était compris comme un arrêt définitif. Lors des rencontres avec Éva, il m'a semblé moins clair qu'elle avait interrompu de façon définitive les traitements. L'arrêt actuel m'apparaissait davantage comme une pause avant d'essayer à nouveau. Il m'a semblé que le besoin de parler de l'arrêt l'habitait peut-être malgré elle et cela peut également venir témoigner de la difficulté à décider d'arrêter les traitements lorsque cela suppose une vie sans enfant. Parallèlement, une résistance à parler de la vie sans enfant semble avoir été présente tout au long des entretiens. En effet, j'ai eu à maintes reprises le sentiment d'avoir manqué quelque chose, ou de n'avoir pas compris, ou d'être passée à côté d'un aspect important. Comme si après tous ces mots (ceux d'Éva qui raconte, puis les miens alors que j'écris), une forme d'absence subsistait. Peut-être y a-t-il là un processus parallèle à celui d'Éva qui après tous ces traitements, tous ces essais, se retrouve sans l'enfant qu'elle désire. Peut-être le manque, le vide s'est-il rendu à moi? Et s'il y avait là un témoignage important de l'expérience vécue d'Éva? Une vie sans enfant est ce qu'elle m'a dit redouter le plus, et pourtant je demeure avec l'impression de ne pas avoir eu accès à la souffrance que cela pourrait lui faire vivre. Ce que j'ai nommé « écart » précédemment, comme ce creux entre l'idéal projeté par Éva et la réalité vécue, s'est peut-être frayé un chemin jusque dans le récit. Là où Éva n'a pu avoir accès à son propre vécu intérieur, son processus intime, une brèche est demeurée et s'est installée également entre Éva et moi. Pourtant, ce sentiment d'un écart demeure

avec insistance, comme l'insistance de ce qui parvient difficilement à être pensé en amont, qui conséquemment devient en quelque sorte irracontable. C'est à cet irracontable de la vie sans enfant que suppose l'arrêt des traitements que je m'attarderai ici, afin de tenter d'en dire quelque chose.

L'un des éléments qui semblent rendre la question de l'arrêt difficile à penser est peut-être le fait qu'au départ, Éva s'était dite prête à tout pour arriver à avoir un enfant. Dans ses mots :

Tu te dis que l'objectif c'est d'avoir un enfant, pis moi j'ai toujours dit qu'on pourrait me passer sur le corps avec un 18 roues pour avoir un enfant pis j'le ferais, t'sais. J'pourrais prendre 50 livres pour avoir un enfant pis c'est pas grave. On dirait que c'est, on dirait que j'serais tellement prête à accepter toutes sortes d'affaires juste pour avoir la chance d'avoir un enfant pis que là, avec tous ces échecs-là, là maintenant on dirait que j'suis pu aussi prête à accepter n'importe quoi.

Elle présente cet élan à « accepter n'importe quoi » presque à la manière d'un sacrifice consenti : je suis prête à faire ceci ou cela, pourvu que ça fonctionne. Mais est arrivé un moment où les échecs accumulés ont ébranlé son consentement. Un peu comme si jusque-là elle entretenait l'idée que ces sacrifices ou ces épreuves qu'elle traversait lui permettraient d'atteindre son but, l'illusion que ces souffrances ont le pouvoir de lui ouvrir la voie vers la réalisation de son désir de devenir mère. Mais après un certain nombre d'échecs, cette idée ne tient plus la route. Il semble que devant le constat que les épreuves subies ne garantissent rien, sa limite personnelle se fait sentir. « Là, avec tous ces échecs, là, là maintenant on dirait que j'suis pu aussi prête à accepter n'importe quoi ». Mais là encore, elle poursuit. Et même dans la «

pause » ou dans l'arrêt actuel des traitements, cela se poursuit dans son imaginaire et dans ses projections. D'un autre côté, le fait d'envisager l'arrêt des traitements semble prendre pour Éva la forme d'un geste d'abandon, un peu comme si elle rendait les armes. En effet, les récits de combats marquent les entretiens. Éva m'a raconté par exemple qu'elle a obtenu un contrat de remplacement dans une classe d'élèves en grandes difficultés au niveau académique et du comportement. Éva me raconte en détail ce qu'elle a mis en place afin de permettre la réussite de sa classe et dit s'être « battue » afin que les élèves obtiennent finalement presque tous la note de passage dans sa classe. Un peu plus loin, elle raconte la soirée passée avec son amie et le bébé de celle-ci, bébé qui pleurait depuis des heures et qu'elle dit avoir « réussi » à endormir. Éva est également grandement impliquée dans la lutte pour de meilleures conditions de travail des enseignants-es et a été impliquée au sein de son syndicat, me disant avoir cette cause à cœur. Ces multiples récits de batailles sont finalement ponctués par celui d'une agression dont elle a un jour été victime et pour laquelle elle a poursuivi l'agresseur, parvenant à l'incriminer. Enfin, elle évoque sa participation aux activités de mobilisation de l'Association des Couples infertiles du Québec afin d'empêcher l'adoption de la loi 10 qui visait à abolir le programme de procréation assistée. Elle parle de sa participation à ce mouvement en même temps qu'elle évoque sa participation à la présente recherche : « Non, mais j'aime beaucoup aider, t'sais surtout là, ça c'est une cause qui me tient à cœur. T'sais je suis beaucoup engagée aussi avec l'ACIQ, j'suis allée aux manifestations... » Se retrouve l'idée d'une cause à défendre, et donc l'idée sous-jacente d'une injustice. Les récits de combats me semblaient prendre beaucoup de place lors des entretiens et peut-être venaient-ils témoigner d'une autre manière du combat mené contre l'infertilité. Raconter son expérience semble avoir été, pour Éva, faire le récit d'un combat. Alors que je me questionne sur ce que cela peut nous apprendre sur son parcours, il me vient que la posture du combattant conduise à la victoire ou à la défaite. Et le combattant ne s'attarde pas sur les douleurs ou la difficulté de la guerre. En ses mots, Éva l'affirme : « L'objectif, c'est d'avoir un enfant ». Et donc ne pas atteindre cet

objectif peut-il se vivre comme une défaite lorsqu'elle traverse son parcours à la manière d'un combat? Ce qu'elle semble me raconter tout au long de nos rencontres en me parlant de tous ces combats menés, de ces victoires emportées dans différents domaines, c'est qu'elle est une combattante capable de vaincre. Une combattante qui a la volonté de vaincre. Elle me parle de son refus de l'injustice (sociale, politique et existentielle lorsqu'elle questionne le « mérite » de certains à devenir parents alors qu'elle n'y parvient pas). Éva s'efforce de me transmettre la ligne droite qu'a suivie son couple. Ils se sont rencontrés, mariés, ont acheté une maison, ont établi une situation professionnelle stable. Tout y était pour qu'un enfant vienne s'insérer dans le parcours projeté. Cela vient sans doute souligner la question de l'injustice, mais également la manière qu'a Éva d'être active versus de subir ce qui lui arrive. C'est peut-être également contre cela qu'elle se bat, soit le sentiment d'injustice de devoir se soumettre au réel de l'infertilité qui la force à agir d'une manière qu'elle n'avait pas anticipée. En lien à l'arrêt des traitements, cela peut éveiller l'idée de la défaite, ce qui semble rendre d'autant plus difficile à porter qu'il peut signifier d'avoir été vaincue, ou d'avoir perdu. Ou alors, il vient doubler la perte initiale qu'est celle de ne pas avoir conçu naturellement.

Éva parle assez peu de l'option d'une vie sans enfant pour elle et son conjoint. Elle me parle d'une tante qui n'a pas eu d'enfants et qui a beaucoup voyagé, me disant voir en elle une sorte de modèle. Cela me donne l'impression que de raconter l'expérience de la PMA et de l'arrêt des traitements peut évoquer pour Éva un récit dont l'issue, la vie sans enfant, est impensable. Elle décide néanmoins de prendre part à une recherche portant sur ce thème, puis semble contourner la question dans son récit tout comme dans la réalité (l'arrêt n'est qu'une pause pour reprendre un peu plus tard). Un peu comme si elle ne pouvait parler de la fin et du fait que cela puisse déboucher sur une vie sans enfant. Concrètement, lors de l'entretien, la discussion

semble contourner ce que la possibilité d'une vie sans enfant pourrait signifier pour elle. Lorsque questionnée à ce sujet, Éva me répond d'abord en abordant la question financière. Elle m'explique qu'ils ont décidé de prendre une pause pour l'été et qu'ils sont inquiets du projet de loi qui ne couvrirait pas les frais de leur prochain essai. Elle me parle de leur situation financière, des économies qu'elle et son conjoint possèdent, mais qui sont au départ destinées à faire refaire la toiture de leur maison. « J'me dis imagine si quelque chose brise dans la maison, on n'a pas d'argent, on n'a rien, on va s'endetter, moi j'me dis c'est important d'avoir un coussin financier, surtout avec une maison, si quelque chose brise... » La dimension de l'expérience affective est abordée ensuite :

On s'est dit pas avant cet été si y'a un troisième, ben un quatrième là dans l'fond. S'il y a là, parce que j'sais pas. Y'a, ben, y'a la question financière, mais y'a la question euh, euh émotive aussi. On dit oui, ok, si ça fonctionne on va être contents, mais si on a un 4e échec on va se sentir comment?

C'est là que semble s'énoncer la possibilité de ne plus supporter ce qui arrive. Elle poursuit : « T'sais le risque est là. C'est sûr qu'on dit toujours que qui risque rien n'a rien ». Pour elle et son conjoint, la prise de risque « émotionnel » pour ainsi dire semble avoir concordé avec la prise de risque financier, alors que les traitements étaient sur le point de ne plus être couverts et qu'en même temps, le conjoint d'Éva trouvait le parcours particulièrement éprouvant. Elle me raconte qu'après la troisième ponction, son conjoint lui ait dit « je suis tanné de te voir sur la table d'opération ». Elle me raconte qu'il trouvait cela difficile de la voir souffrir, de voir ainsi les piqûres et le sang. De son côté, elle semble atténuer sa souffrance en disant que c'était « beaucoup de douleur sur le coup, mais qu'après elle n'en avait presque plus », ce qui vient en quelque sorte contredire les éléments du récit au sujet d'une douleur qui « apparaît » ou qui se fait sentir davantage dans les jours suivants certaines

interventions. Parallèlement, les enjeux financiers semblent être venus s'insérer dans la balance au moment où le besoin de prendre une pause se faisait sentir. « Si on attend pis que là c'est pu couvert, est-ce qu'on est prêts à mettre 10 000\$ là-dessus »? Toutefois, il ne leur restait qu'un seul essai couvert par le programme. Dans tous les cas, ils semblaient rencontrer une limite financière concrète, laquelle se présentait de façon corollaire avec une fatigue liée à la lourdeur des traitements.

Mais en même temps, c'est une décision importante à prendre pis c'est, t'sais tu te dis est-ce qu'on va se priver d'avoir un enfant pour 10 000\$? On va peut-être dépenser 10 000, mais on aura pas plus d'enfant. T'sais c'est, t'sais c'est... c'est j'trouve c'est... pis t'sais moi j'suis pas très gambler là, j'suis pas très casino pis j'achète pas de gratteux pis de billets de loto pis, J'aime pas perdre mon argent t'sais, j'aime la dépenser intelligemment. Faire des choses qui comptent. Là j'me dis oui un enfant ça compte, mais c'est parce que c'est pas une garanti. Tant qu'à ça on aimerait pas mieux placer cet argent-là pour adopter, où on est sûr d'avoir un enfant?

En abordant ainsi la possibilité d'avoir un enfant sous l'angle de l'investissement financier, Éva souligne la question du risque. Ce dont elle parle se situe dans le domaine économique (prise de risque financier – combien d'argent investir versus ce que l'on pense pouvoir obtenir en retour). De manière sous-jacente, elle semble soulever la question de l'incertitude en parlant de l'oscillation entre investir (de l'argent, de soi-même) dans l'espoir, mais sans en avoir la certitude, d'obtenir quelque chose. Dans tous les cas, il y a un prix à payer. D'un côté, le coût des traitements en argent puis la charge émotive à l'idée d'un autre échec. De l'autre, le deuil de la grossesse et de la maternité biologique. « Mais j'ai dit moi le deuil de porter mon enfant, j'pense, j'pas sûre que je vais pouvoir le faire non plus, t'sais ». Finalement, lorsque je la questionne davantage, Éva me dit que la pause actuelle était

également motivée par le besoin pour elle et son conjoint de se retrouver en tant que couple. « T'sais c'était pénible de toujours être à la clinique pis là on s'est dit on a besoin de se retrouver, de passer du temps ensemble en tant que couple ». Elle décrit cette pause non pas comme un arrêt définitif, mais plutôt comme une « porte à moitié fermée ». Cette pause soulève la question de la vie sans enfant qui semble pourtant difficilement trouver sa place. Éva me raconte qu'il n'y a que sa mère qui « a osé lui poser la question : est-ce que vous envisagez une vie sans enfant? » Elle me dit avoir été choquée par cette question de sa mère.

Fait que j'ai dit [à ma mère] je l'sais pas. Pour l'instant, je te dirais que non, mais je sais pas l'avenir t'sais si j'vois qu'un moment donné on s'est tellement battu, battu, battu pis que y'a rien qui fonctionne, ben un moment donné ben tu vas peut-être dire que si la vie veut pas que j'en aie des enfants, ben on va faire une vie sans enfant.

Il semble ici que la possibilité d'une vie sans enfant ne soit pas envisageable dans l'actuel. Elle ne survient qu'après un long parcours (de plusieurs années et de plusieurs tentatives de traitements) et après s'être « battu, battu, battu ». Par ailleurs, je peux lire à travers les mots d'Éva que la vie sans enfant ne semble pas pouvoir relever d'un choix personnel : « Si la vie veut pas que j'en aie des enfants, ben on va faire une vie sans enfant ». Comme si dans l'actuel cette idée était portée comme une sentence de la vie, comme quelque chose d'imposé de l'extérieur à quoi elle pourrait éventuellement accepter de se soumettre, mais qui dans un premier temps ne pourrait pas venir d'elle. Éva nous mentionne également n'avoir jamais abordé directement la question avec son conjoint: « Fait que ça me fait un peu peur, mais honnêtement là, j'ai jamais eu cette discussion-là avec mon chum. Jamais. Jamais. (...) J'en ai parlé avec des amies, j'en ai parlé avec ma mère, mais euh, pour mon chum, pour l'instant là, j pense que c'est vraiment, vraiment pas une option ». Si la possibilité d'une vie sans enfant trouve difficilement son chemin en elle, elle ne le trouve pas davantage au

sein du couple. Éva me parle amplement de la grande difficulté de son conjoint à accepter la possibilité de ne pas avoir d'enfant. Quelque chose semble soudain se raconter à travers l'autre (son conjoint). L'expérience d'Éva transparait davantage non pas directement dans ses propos, mais plutôt dans sa manière d'articuler son récit. Par exemple, le sujet de la vie sans enfant est lui-même abordé de manière plutôt ambivalente; les tentatives nombreuses de l'esquiver semblent le rendre de plus en plus présent. Éva indique à plusieurs reprises ne pouvoir envisager une vie sans enfant dans l'actuel, puis n'aborde ce sujet qu'en réponse à mes questions, jamais directement d'elle-même. Par ailleurs, son récit est caractérisé par le flot de paroles, les nombreux détails ajoutés à ce qu'elle raconte, les descriptions du vécu de son conjoint. Lorsque je l'écoute, et même lors de la réécoute puis à la relecture des verbatims, je me sens quelque peu perdue dans tous ces mots, comme si je ne parvenais pas à cerner l'essentiel. Comme mentionné précédemment, j'ai l'impression de passer à côté de quelque chose d'important, comme si j'étais aveuglée par toutes les informations factuelles. Voilà qui me mène à me questionner sur ce que cela peut bien venir camoufler. D'où me vient cette intuition que quelque chose d'important cherche à se dire parmi tous ces mots? Dans le récit d'Éva, l'accent semble mis à la fois sur sa grande implication dans le processus, sur tout ce qui est fait dans le but d'avoir un enfant. Et tout cela se raconte dans le cadre d'une recherche qui traite de la vie sans enfant, voire de l'échec de ces traitements. Ce qu'Éva raconte semble venir contourner l'éventualité de la vie sans enfant. Or par les tentatives répétées de l'esquiver (par exemple à travers le fait de parler de toutes sortes de choses sauf de cela), il me vient l'impression que des cercles se tracent autour de cette éventualité qui tend ainsi à se circonscrire au fur et à mesure de mes contacts avec le récit. Cela semble apparaître à la manière d'une image dont on aurait fait apparaître la forme à partir du paysage, du fond de la toile, plutôt qu'en dessinant d'abord les lignes de la forme elle-même. La limite ne semble pouvoir se dire, ni même s'envisager. La vie sans enfant se présente peut-être comme un impensable dont l'insistance se donne à voir tout au long des entretiens. Ce qu'Éva cherche à

esquiver est peut-être ce qui en fait cherche à se dire. Ainsi pouvons-nous comprendre ce qui donne l'impression d'une mise à distance comme une tentative de mise en lumière. En faisant un pas de plus, ce mouvement du récit vient peut-être illustrer la difficulté de partager l'expérience de l'arrêt des traitements. Comme si la réaction à la souffrance subie dans le parcours ne pouvait prendre la forme que d'une lutte, ou d'un pouvoir d'agir à l'extérieur du partage dialogique de la souffrance elle-même.

En conclusion, la manière d'Éva de mettre en récit son expérience est venue témoigner de celle-ci autant sinon davantage que le contenu du récit lui-même. Elle parle de son parcours en ordre chronologique en replaçant sur la ligne du temps des éléments sur lesquels elle insiste, des événements qui se démarquent au-delà de leur chronologie. Ces événements ont en commun d'être venu faire rupture dans le cours normal des choses. Comme des secousses bouleversant Éva dans son rapport à l'autre et à elle, dans son rapport au temps, puis dans son rapport à l'idéal projeté d'une vie qui suit son cours. À plusieurs reprises, elle me parle de son conjoint, du vécu de ce dernier. C'est à travers l'autre qu'elle semble raconter son expérience. De ces divers éléments me vient l'idée qu'elle se trouve toujours un peu mise à l'écart de son propre récit, et c'est peut-être cela qu'elle raconte. Éva fait le récit d'un combat. D'une secousse qui vient créer un écart entre elle et son conjoint, entre elle et les autres femmes (celles qui ont des enfants), entre elle et son corps (qui ne répond pas). Une secousse qui vient creuser un fossé immense entre sa vie rêvée, laquelle implique des enfants, et l'épreuve de l'infertilité qui met en péril ce désir. Faire le récit de cela est un acte en soi. En ce sens, sa participation à la recherche permet peut-être un espace où elle peut se raconter devant quelqu'un, devant témoin.

4.6 Véronique

Mes rencontres avec Véronique se sont déroulées dans une atmosphère un peu plus formelle, peut-être en partie parce qu'elles se sont déroulées dans un local de l'université plutôt qu'au domicile de la participante. À cela s'est ajouté le fait que Véronique se disait nerveuse et soucieuse de bien répondre à mes questions. J'ai rencontré une femme tout en contrôle d'elle-même et de son récit. Posée, elle s'est exprimée lentement et avec parcimonie tout au long des entretiens. Ses réponses concises et brèves me donnaient l'impression d'une certaine retenue et, au premier abord, d'une mise à distance de son expérience vécue. Si cela fait partie de la tonalité des entretiens, bien d'autres choses ont émergé au fil de la discussion, de la réécoute et de la relecture. En effet, les trois années passées depuis l'arrêt des traitements ont semblé permettre une prise de distance qui a pu donner lieu à une forme d'acceptation et à l'élaboration du sens que peut prendre sa vie de femme sans enfant. C'est d'ailleurs un thème saillant de son récit : être une femme et ne pas avoir d'enfant. Il semble que le parcours de Véronique en PMA a eu ceci pour effet de questionner son désir d'enfant pour constater que la vie sans enfant lui convenait et répondait davantage à son désir, finalement.

Véronique me présente d'abord une photo qu'elle a trouvée sur Internet et qui présente une page d'agenda bien remplie de notes et de rendez-vous et sur laquelle repose une seringue. Ce qu'elle nomme d'emblée est que les démarches ont été très prenantes au niveau de l'organisation. Elle reviendra souvent autour de cet aspect « prenant » des traitements dans la vie quotidienne, disant que « tout tourne autour de ça », racontant combien l'horaire doit être aménagé en fonction des traitements, combien de calculs sont nécessaires (par exemple, calcul de la date des règles, de l'ovulation, estimation du temps nécessaire pour se rendre au rendez-vous). Ces

calculs, dit-elle, se sont mis à prendre beaucoup de place dans son quotidien. « Tu ne penses qu'à ça ». Les traitements ont duré quatre ans en tout. Les deux premières années ont été consacrées à des tentatives par insémination avec sperme de donneur et les deux années suivantes à deux cycles de fécondation in vitro. Lorsque je lui demande comment c'était pour elle de recevoir les traitements, elle me répond que ce n'était pas si mal puis me dit combien d'ovules ont pu être prélevés à chaque fois, combien d'embryons fécondés, etc.

Après la deuxième tentative en FIV et le résultat négatif qui s'en est suivi, Véronique a été mise en arrêt de travail par son médecin pour de trois mois. Elle présentait des symptômes d'épuisement et de dépression qui se manifestaient surtout à son travail où elle ne se sentait plus présente et avait du mal à se concentrer. Durant son arrêt de travail, elle a été suivie par un psychologue et raconte avoir, durant ce suivi, fait son deuil. Elle a également demandé à son conjoint s'ils continuaient les démarches en PMA, et il lui a répondu qu'il continuait pour elle, que de son côté il aurait arrêté depuis longtemps déjà. Elle lui a alors dit qu'elle continuait pour lui. Ensemble, ils ont fait le constat qu'il était temps de passer à autre chose, réalisant que tous deux poursuivaient les démarches pour l'autre qui au fond cesserait.

Véronique me raconte avoir reconnecté avec une partie d'elle-même qui ne voulait pas tant que ça avoir d'enfant. Elle dit apprécier sa vie telle qu'elle est et réalise que son projet de famille était davantage motivé par la pression de correspondre à une norme sociale voulant qu'une femme ait des enfants. Elle cherche donc depuis à assumer sa vie de femme sans enfant et son désir de participer à la recherche s'inscrit dans cette lignée. Elle souhaitait, par sa participation, offrir un récit qui dit que « c'est

correct de ne pas avoir enfant ». Peut-être afin de relativiser ou de normaliser cette expérience qui a une valeur de contrepoids par rapport aux autres femmes qui ont pris part à cette recherche. Il semble que tout le parcours en PMA ait été pour elle celui d'une rencontre vers elle-même, et que le deuil de l'enfant voulu ait été, non sans souffrance, un deuil fondateur ayant permis l'affirmation de la femme qu'elle est aujourd'hui.

4.6.1 De la charge au manque : au travers du processus en PMA

Il semble que l'expérience de la PMA pour Véronique se raconte à travers celle d'une organisation particulière qui semble avoir occupé une très grande place dans son quotidien. Elle me dit des traitements qu'ils ont été très prenants, très exigeants, surtout au niveau de la planification. Par exemple, elle insiste sur la place que prenaient la prise des rendez-vous, l'organisation des déplacements, la coordination des traitements avec ses exigences professionnelles. Elle me raconte qu'elle anticipait cette planification en effectuant plusieurs calculs, notamment si elle avait ses règles à telle journée, cela impliquerait qu'elle doive se déplacer à la clinique telle autre journée, et elle envisageait les différents impacts de ce rendez-vous à cette journée précise sur son horaire général. La photo choisie qui présente un agenda très rempli abonde en ce sens : « C'était toute une organisation là. Comme l'agenda de la photo. »

Elle poursuit :

L'organisation pis euh... c'était devenu une obsession. Ben au niveau de, ok, là j'suis rendue au 12e jour de mon cycle. J'suis tu vraiment rendue à mon 12e jour? Là je recalculais pis... c'était plus ça là. Pis y'avait toujours une procédure. (...) Le 1er jour des menstruations, faut que t'appelles l'infirmière pour dire « j'suis menstruée aujourd'hui ». T'sais faut vraiment que ce soit la

bonne journée là. (...) Mais là moi j'voulais tellement pas passer à côté. (...) Fait que non ça a été, euh, c'est ça. Ça a été de l'organisation.

Déjà semble se dire quelque chose d'une marche à suivre, la répétition de calculs, la vérification avec ce que cela suppose du doute ou de la peur de « passer à côté ». Comme si elle portait une grande part de responsabilité à travers cette organisation du temps qui sous-tend en fait la charge des procédures et des traitements. Il semble que l'intensité de son expérience soit venue se loger, dans son récit, dans la description d'une organisation extrêmement demandante et ajoutant beaucoup de stress à la vie quotidienne. « T'as un horaire à, pas adapter, mais, tu ne penses qu'à ça. Jour et nuit euh c'est vraiment bon, tout est calculé, tout ça. » Comme le nomme Véronique « tu ne penses qu'à ça ». Et peut-être qu'il serait juste de dire que « tu ne vis que ça » tant le temps semble être devenu figé en quelque sorte dans quelque chose d'omniprésent. Il semble que se déploie un rapport au temps qui remplit la « tête » et le rationnel à travers la notion de calcul et devient ainsi une sorte de poids à porter quotidiennement. « Calcul, recalcul, quand est-ce que j'ovule, pis ça a été euh, c'est ça. Je pense que ça a été très prenant là-dessus. On vient que, on vient obsédés aussi là! » Le processus est décrit cognitivement, presque comme un travail et en matière de calcul, de vérification. Cela donne l'impression d'une charge quotidienne à porter.

Parallèlement, elle a peu de mots pour raconter les traitements comme tels ou pour décrire son expérience vécue. « De mon souvenir, j'pense pas que ça a été pénible ou quoique ce soit là. T'sais c'est, ça coulait bien là. Le, le personnel super gentil, tout ça. Fait que, on n'avait pas de mauvaises surprises là, comme tel là. Fait que non, j'ai pas, t'sais dans l'fond là; j'ai pas eu de, ça a pas été une expérience désagréable là ». Les traitements semblent donc s'être bien déroulés, sans grands remous. Elle enchaîne toutefois rapidement en me disant que : « Ça a été très demandant pour la tête. C'est plus pour la tête que c'est difficile. Pour le mental ». On dirait presque que

l'expérience des traitements se trouve banalisée alors que la planification occupe tout l'espace du récit, ne laissant peu voire pas de place à l'élaboration d'un vécu de l'intérieur ou du monde interne. Le tout est ramené à des éléments très concrets, très tangibles ayant trait à la planification de l'horaire et à la gestion du temps. Ce temps, semble être le temps de l'autre, le temps protocolaire duquel on dirait qu'elle se trouve prise en otage.

Lorsqu'elle évoque le fait que « tu ne penses qu'à ça », cela reste un peu flou ce que recouvre le « ça ». Est-ce le fait de ne penser qu'aux traitements et aux procédures à suivre? Ou alors est-ce que « ça » englobe tout le processus ainsi que ce qu'il soutient, c'est-à-dire le désir d'avoir un enfant? Ne penser qu'à ça, ou ne vivre que ça donne à penser quant au poids de ces démarches dans la vie quotidienne, comme quelque chose qui organise le temps autrement : tout s'organise autour des traitements. Comme si le temps quotidien qui peut normalement être fait d'imprévu, de moments improvisés tout autant que d'une routine à laquelle on s'habitue devient bousculé et dicté par les étapes de la PMA. En même temps, cette nouvelle temporalité objective, calculée et dictée de l'extérieur dit quelque chose du vécu même si ce qui est raconté concerne les aléas de l'agenda. L'on peut penser à quelque chose qui oppresse, qui enferme. Le mot « charge » m'est revenu à quelques reprises. Paradoxalement, c'est à un manque, soit au vide laissé par l'enfant qui ne vient pas que tente de répondre ce processus. Il semble se dessiner une dialectique entre d'une part le vide que crée cette non-actualisation du désir d'enfant puis d'autre part cette surcharge quotidienne qui emplit la tête.

Pour Véronique, le besoin de prendre une pause des traitements, mais aussi plus largement dans sa vie par un arrêt de travail s'est fait sentir après le deuxième traitement infructueux de FIV. Elle a obtenu un arrêt de travail pour un épuisement dont elle ressentait les soubresauts surtout dans sa vie professionnelle.

Fait que t'sais dans l'fond, à partir de là, ça a comme euh... comment j'pourrais dire... j'ai pas fait une dépression là, c'était plus un épuisement. Parce que j'étais un p'tit peu aussi blasée à la job, tout ça, plus ça, t'sais ça a été très, très prenant, toute la prise de médicaments, et tout ça. Fait que je, j'ai eu comme un arrêt là, au travail, pendant trois mois, où j'ai été suivie avec un psychologue, où j'ai fait mon deuil aussi de, de tout ça là.

De nouveau cette articulation d'un « trop » et d'un « vide » : elle raconte que « c'était assez » et qu'elle se sentait « vidée », comme si elle n'avait plus d'énergie. On peut y lire une forme de double mouvement où l'accumulation de la charge des traitements se donne notamment à sentir à travers l'absence de l'enfant et le ventre vide. L'épuisement, l'énergie vidée d'avoir tant fait, tant essayé pour un projet dont l'issue n'est pas celle souhaitée. C'est à ce moment que Véronique et son conjoint ont eu une discussion à propos de la suite des choses et que la décision de cesser les traitements a été prise. Ainsi, le parcours de Véronique s'est notamment raconté à travers cette place prise par l'emploi du temps et la gymnastique nécessaire à l'organisation de son horaire quotidien. Cette charge, qui semble avoir occupé un espace qui était alors disponible en elle et dans sa vie – c'est-à-dire qu'elle avait « le temps pour ça »-, et s'est éventuellement éprouvé comme un « trop » qui a mené Véronique à un épuisement, puis à un arrêt de travail et l'arrêt des traitements. Comme si cette charge l'avait vidée de son énergie, en plus de la laisser sans enfant. Cette dialectique de la charge et du vide s'est également donnée à sentir dans le corps, alors que c'est précisément ce corps que visent les traitements.

4.6.2 Le rapport au corps, entre investigation et habitation

Quelque chose semble donc avoir occupé la sphère rationnelle de façon marquée. Or il apparaît dans son histoire que les calculs auxquels elle réfère le plus souvent ciblent essentiellement le cycle menstruel (l'ovulation, le début des règles), lequel est vécu à même le corps. Survient ici un paradoxe : son récit, qui concerne souvent le corps, est souvent relié à ce qu'elle décrit comme « le mental » ou en mentionnant que c'est très « prenant pour la tête ». Les éléments racontés s'énoncent cognitivement et concernent l'horaire, les chiffres, les calculs, ramenant en quelque sorte la charge de l'expérience dans la sphère rationnelle. Ce faisant, on dirait presque que le récit poursuit la division du corps et de l'esprit installée par le paradigme biomédical de la PMA. Dans les extraits d'entretien présentés ci-dessus, le corps n'est pas nommé comme tel. Il est pourtant présent de manière implicite alors qu'il est question du cycle menstruel. Il apparaît alors dans le récit comme un objet de calcul, d'une manière semblable au temps qu'il faut prévoir, organiser et planifier. D'un point de vue existentiel, le corps se trouve pourtant au cœur de l'expérience, mais il semble ici prendre l'empreinte du travail qu'il faut effectuer, et du processus médical qui se donne presque à vivre comme une tâche.

Si une forme de dissociation du corps vécue se donne d'abord à voir, Véronique me raconte plus tard que ce processus l'a menée à se rapprocher de son corps. « On devient très, très, très à l'écoute de notre corps. T'sais avant là, avant les traitements, c'était quand mon cycle d'ovulation, c'était quoi les symptômes quand j'ovulais, j'en avais pas conscience ». Elle poursuit en me disant qu'encore aujourd'hui, elle ressent les changements dans son corps à l'aube de l'ovulation ou du début de ses règles. Comme si le fait d'amener un accent sur ces régions du corps biologique durant les

traitements avait inscrit en elle une sensibilité particulièrement qui lui donne le sentiment d'être plus à l'écoute de son corps et donc d'elle-même si l'on peut dire. L'expérience semble avoir approfondi son rapport à elle-même par une forme d'auto-observation, d'attention particulière aux signaux du corps. Le corps n'étant pas un objet extérieur à soi, mais bien ce en quoi et par quoi passe l'existence même, une difficulté se présente dans le langage par le fait de parler de « mon corps » comme s'il s'agissait de quelque chose de distinct de soi. Ceci étant dit, le corps de Véronique apparaît tranquillement au fil de l'entrevue comme il semble être apparu pour elle à travers son parcours en PMA. Le récit se déploie notamment dans un registre plus émotif qui met en scène le corps vécu. Par exemple, elle m'explique : « Je, on, c'est ça on dirait qu'on développe là, chaque petit symptôme, tu l'analyses, à savoir est-ce que c'est ça [la grossesse]. Fait que oui, t'es plus à l'écoute ». Le corps semble porteur de la réponse espérée, ou redoutée et nous avons alors accès à un enjeu majeur qui se vit à travers le corps, soit celui de l'issue des traitements.

C'est sûr que quand t'as le désir d'avoir des enfants, c'est sûr que chaque petit symptôme tu l'analyses pis tu veux que ce soit ça ou... Et puis lorsqu'arrivait le temps peut-être d'être menstruée, ben là c'était le test de grossesse, est-ce que ça a fonctionné. Fait que je l'savais tellement, mais à la minute même, j'savais que j'allais être menstruée. Pis les filles à la job me disaient « ton état change ». Parce que c'est de faire le deuil. Parce que là tu le sais là, là, les p'tits maux de ventre qui commencent : j'suis pas enceinte là.

La douleur au ventre signe l'absence, le fait de ne pas être enceinte, et porte le deuil de cet enfant qui n'a pas été conçu cette fois-ci. Il semble que les signaux du corps sont perçus pour ce qu'ils ont à offrir en tant que réponse à la tentative de concevoir et parlent ainsi du désir, puis du manque. L'analyse du corps s'étend ensuite à l'ensemble du cycle menstruel (reconnaître le moment de l'ovulation par exemple) comme si la précision acquise dans sa lecture du corps, permettrait de « savoir » si

cela avait ou non fonctionné. En fait, on dirait presque que ce rapprochement du corps, pour le nommer ainsi, est une forme de surveillance afin de pouvoir connaître plus rapidement l'issue des traitements. Or il faut souligner ce paradoxe : pour être à l'écoute de son corps, ou pour se rapprocher de son corps, il faut supposer une distanciation initiale ainsi qu'une certaine objectivation du corps. Il semble que quelque chose du processus divise radicalement le corps et l'être. Puis différentes postures se dessinent et s'entrecroisent. L'investigation du corps peut être vécue comme un rapprochement alors qu'elle demande une écoute particulière des signaux du corps. Ce que Véronique décrit au fond est le l'élaboration d'une sensibilité à ce qui se passe pour elle physiquement. Cela peut se vivre sous la forme d'une vigilance et même d'une hypervigilance (attente des règles, attention aux sensations internes qui pourraient donner une réponse, etc.). Mais Véronique décrit également un rapport au corps qui semble se situer davantage du côté de l'habitation, comme d'une valorisation du corps dans une écoute sensible qui ramène à soi en quelque sorte, à sa présence au monde incarnée dans ce corps. Alors que la surveillance peut mener à une désappropriation en posant le corps comme un objet externe à investiguer, l'habitation semble permettre une réappropriation, une reconnexion avec le corps vécu et l'enjeu qui se donne à vivre dans le corps. Il s'agit ici du désir d'enfant auquel le corps ni même les traitements ne répondent. La ligne est mince entre l'impression de rapprochement que peut procurer l'hypervigilance vis-à-vis du corps et la réappropriation que peut permettre l'expérience sensible d'habiter son corps. Peut-être ne sommes-nous jamais tout à fait dans l'un ni tout à fait dans l'autre. Mais osons penser que la conscience de cette oscillation permet peut-être déjà de se rapprocher de soi-même en permettant de vivre une forme de réconciliation. Peut-être cela est-il pressenti par Véronique lorsqu'elle dit être plus à l'écoute de son corps, et en même temps, n'y a-t-il pas dans ces mots une tentative de se reconnecter à elle-même en quelque sorte? Alors qu'elle semble décrire un rapport au corps qui serait, à l'instar de l'agenda, sur le mode de la tâche ou même de l'obsession, elle raconte aussi ce vers quoi la guident tous ces signaux du corps, soit le deuil de l'enfant désiré. C'est

cela qu'annoncent les maux de ventre au déclenchement des règles. Les crampes, attendues et scrutées, sont porteuses de ce message. À travers son récit du corps, elle nous parle de cela. Aussi peut-on entendre une ouverture vers un retour à soi, par le chemin des mots pour raconter le corps.

À un autre niveau, c'est d'un corps féminin dont il s'agit. Le corps qui peut porter la vie, qui a des menstruations, des cycles, peut soulever la question de la féminité. Lorsque j'évoque ce thème lors de notre première rencontre, Véronique semble surprise et en parle d'abord presque comme un thème qui ne la concerne pas. « Pour moi c'était la façon qu'on devait faire pour avoir des enfants. Fait que pour moi j'avais comme pas cet aspect là de la féminité ». Elle ajoute ne pas s'être sentie affectée dans sa féminité étant donné le facteur d'infertilité masculine. Elle ne semble pas avoir été atteinte dans sa féminité et ne semble pas subir la blessure narcissique de ne pas pouvoir enfanter puisque c'est du côté de son conjoint que se trouve la cause de l'infertilité. Peut-être n'a-t-elle pas ou a-t-elle moins besoin d'être confirmée comme femme à travers ce processus. Par ailleurs, la réaction de surprise de Véronique lorsque le thème du féminin est abordé donne à penser quant à la difficulté possible de penser ce thème. Lorsque je demande à Véronique comment c'était pour elle, être une femme à travers les traitements, elle me répond :

On vient qu'on l'oublie ça, je pense. Parce qu'on est plus... ben tantôt j'disais un cobaye là, mais non, j'pense pas que c'était... pas un cobaye, mais... comment j'pourrais dire? J'essaie de voir comment j'pourrais l'dire, mais c'était plus... bon, ok là faut piquer là, faut piquer là... euh... La féminité? ... honnêtement là, je l'sais pas. Ça fait trop longtemps peut-être... parce que y'a pas de... t'sais y'avait pas nécessairement de... Non. Non, vraiment là! J'm'excuse! J'aimerais ça donner un sens à ça, mais... (...) t'sais ça a pas touché mon sentiment face à être une femme ou quoi, non. Non, vraiment là c'est... Non, ça a pas touché rien.

Le début de la réponse est en lui-même éloquent : « On vient qu'on l'oublie ça, je pense ». C'est un peu comme si elle disait qu'on oubliait ce qu'était être une femme à travers les traitements. Est-ce parce qu'il s'agit d'un impensé ou parce qu'il n'y a pas d'atteinte? Pourtant la suite de la réponse est relativement confuse et marquée de contradictions. « Parce qu'on est plus... pas un cobaye, mais... » Quelle chose semble difficile à nommer. On « n'est pas » quelque chose. On se définit comme un « ne pas » sans trouver les mots justes pour décrire cet état. Bien qu'elle ne se soit pas sentie comme un cobaye, le terme, loin d'être neutre, soulève tout un imaginaire notamment autour de l'expérimentation médicale ou scientifique. Elle dit ne pas s'être sentie comme un animal de laboratoire or les mots ne viennent pas pour décrire comment alors elle s'est sentie, comme s'il y avait là une impossibilité à dire.

Si j'ai eu le sentiment que ma question la désorientait lors du premier entretien, l'après-coup de l'entrevue a laissé le thème du féminin comme trace. Aussi, elle amorce notre seconde rencontre en revenant sur ce thème. « J'ai été un peu surprise parce que les questions c'était souvent, c'était par rapport souvent à la féminité. » Elle poursuit : « Fait que pour moi j'avais comme pas cet aspect-là de féminité ou t'sais pour moi c'était comme bon ben c'est comme ça, faut y aller de façon plus médicale et tout. » Il me semble qu'elle revient sur le thème comme pour souligner qu'elle n'avait pas l'impression que cela pouvait résonner chez elle peut-être. Toutefois, elle me parle rapidement de ce qu'il évoque finalement : l'aspect identitaire de la femme. « T'sais c'est tout l'aspect de la maternité pis souvent les femmes se définissent en tant que femme face à la maternité, c'est comme ça, y'ont une identité pis j'ai réalisé que mon Dieu, on a tellement d'autres identités que la maternité là... » Elle souligne entre autres le fait d'être aussi une citoyenne, une

travailleuse, une conjointe, une amie, une tante. Cet enjeu identitaire, soit être une femme sans enfant, est central dans le parcours de Véronique et a marqué tout son cheminement vers le choix d'une vie sans enfant. Ceci soulevant entre autres la question paradoxale d'une identité définie par le « sans ».

4.6.3 Rencontre avec la finitude, rencontre avec soi : la vie sans enfant

Lorsque je lui demande de me parler de la décision d'arrêter les traitements, Véronique me répond d'emblée qu'elle n'a pas grand-chose à en dire. Lorsqu'elle et son conjoint ont constaté qu'ils ne souhaitent plus continuer, elle a appelé la clinique de fertilité pour leur faire part de leur décision. Elle me dit ensuite qu'elle a consulté un psychologue afin de « faire son deuil ». Il me vient alors la réflexion qu'elle avait probablement quelque chose à en dire à ce moment-là pour ressentir le besoin de parler à quelqu'un. Or dans l'après-coup, ou lors de mes rencontres avec elle, la prise de décision comme telle semble presque avoir été d'elle-même. Elle me dit : « J pense que c'est correct parce que comme j te dis, j'ai jamais eu l'appel de la maternité. Fait que moi des enfants, j'aime ça, mais après une heure euh, regarde, pu capable! » C'est en effet un élément qui revient, soit celui de son propre désir d'avoir des enfants qui est nommé à plusieurs reprises comme venant de l'autre. Elle me raconte par exemple qu'au départ, c'est plutôt son conjoint qu'elle qui voulait des enfants. Que suite à l'annonce du diagnostic d'infertilité de son conjoint, ils ont pris la décision de ne pas avoir d'enfant, mais que leurs familles respectives s'opposaient à cette décision disant qu'ils devraient au moins essayer. Si elle a traversé le processus avec l'espoir de donner naissance, il semble qu'au moment d'arrêter les traitements, Véronique ait rencontré une partie d'elle qui peut-être ne désirait pas tant que ça avoir un enfant. Elle me parle du fait qu'elle aime sa liberté, qu'elle apprécie ses samedis matin tranquilles à lire le journal calmement, qu'elle n'aime pas les bruits et la turbulence dans le quotidien. « J pense que j suis pas, j suis pas faite pour avoir

des enfants, pis ça a été d'accepter ça. De pas suivre ce que la société dit de bon ben t'es en couple, après t'as des enfants ». C'est un peu comme si son projet d'enfant était fortement marqué par le sentiment de devoir répondre à une demande de la société ou à un désir de suivre la norme. Cependant, quelque chose s'élaborait déjà en elle par rapport à son désir de ne pas avoir d'enfant et peut-être que le deuil tournait davantage autour de renoncer à correspondre à ce qu'elle avait anticipé être (une mère de famille) plutôt de celui d'avoir un enfant. Son processus semblait être celui de penser sa différence. Pour Véronique qui s'était toujours appliquée à suivre un chemin correspondant aux normes sociales (notamment en faisant des études, en étant en couple, en se mariant, en souhaitant fonder une famille, etc.), cela signifiait donc d'assumer un choix qui la mènerait hors des sentiers battus, du moins dans sa représentation des attentes de la société. La question du sens semble être survenue pour elle : quel est le sens d'une vie sans enfant, pour elle?

Par ailleurs, l'éventualité d'une vie sans enfant semblait ramener chez Véronique la question de sa propre mort. « Parce que là c'est de faire le deuil de pas avoir d'enfant. Pis là dans ma tête j'étais là ok, je vais mourir toute seule. (...) C'était plus de, d'accepter ça pis d'accepter que c'est correct de pas avoir d'enfant ». C'est quelque chose qui revient plus tard dans l'entretien : « C'est effectivement la crainte de finir ses jours toute seule ». Véronique est enfant unique, tout comme son conjoint. Pour eux, leur famille est essentiellement leurs parents qui, vieillissant, ne seront pas présents éternellement. La question est donc venue à quelques reprises quant à savoir qui allait prendre soin d'elle lorsqu'elle serait à son tour vieillissante. Comme si la possibilité de ne pas avoir d'enfant installait quelque chose d'une solitude qui traverse le temps, qui s'inscrit dans la durée de la vie et dans la projection du futur. En faisant un pas de plus, peut-être pouvons-nous penser que pour Véronique, l'absence de l'enfant met aussi en question sa durée à elle, dans quelque chose de

l'ordre d'une transmission qui s'arrête. L'idée de mourir seule peut soulever également l'absence de traces qui nous survivent après la mort. C'est une réflexion infiniment existentielle alliant la solitude et la mort qui s'est déployée pour Véronique. D'une part avec l'idée de peut-être vieillir seule, sans un enfant qui pourrait éventuellement l'accompagner et prendre soin d'elle, et d'autre part qui la ramène à la fin de sa propre vie, laquelle ne laissera pas un autre individu comme trace. Ces thèmes existentiels soulevés par l'arrêt des traitements et l'idée d'une vie sans enfant semblent ramener Véronique tout droit vers sa propre finitude tout en posant la question de la transmission, d'où la difficulté d'assumer son choix de vivre sans enfant ainsi que l'insécurité palpable à travers ses propos.

Il semble que la limite rencontrée par Véronique, soit celle d'être épuisée et de cesser les traitements a également porté à l'avant-scène la limite ultime de la vie et la question corollaire du sens de la vie. « Dans l'fond, ce que ça m'a amené effectivement c'est de l'épuisement, et c'est de dire j'm'en vais où? C'est quoi le sens que je donne maintenant à ma vie? » Ainsi, la décision d'arrêter se dresse un peu comme un seuil marquant un avant et un après. Quel sens donner à sa vie maintenant? À partir de ce choix, quel sens peut prendre l'existence? Il semble que l'expérience transforme, mène à un questionnement puis un remaniement qui s'entame à partir de la décision de cesser les traitements. Pour Véronique, cela semble avoir pris différentes voies. Celle de la solitude, de la crainte de mourir seule, mais également celle de ne pas correspondre à une norme sociale. « On n'aura pas d'enfant, on suit pas le tracé normal d'un couple, de l'évolution, d'avoir une famille, tout ça. (...) C'est de dire que t'es hors norme un peu ». Il semble que la solitude se reflète ici d'une autre manière, soit celle de ne pas appartenir à la norme ou à ce que la société semble attendre des couples. Les notions d'identités et d'appartenance sont soulevées ici. L'on remarque alors combien le parcours en procréation assistée amène à des

questions profondément existentielles de l'ordre de l'identité, de la finitude, et du sens. C'est autour de cela que semble s'être articulé le processus de Véronique par une réflexion sur sa vie sans enfant. Plus précisément, par une réflexion sur comment pouvait-elle se vivre comme femme sans enfant. C'est d'ailleurs ce qui l'a interpellée dans ce projet de recherche, l'aspect de « ne pas avoir d'enfant ». Lorsque je la questionne sur sa motivation à participer, elle me dit qu'elle avait envie de dire que « c'est correct d'être une femme pis de pas avoir d'enfant, c'est correct ». C'est peut-être par là que le sens se dessine donc pour elle : légitimer son expérience en donnant une voix, la sienne. Par le récit de son histoire, elle contribue à donner un sens à sa vie sans enfant à un niveau collectif puisque son récit sera inscrit quelque part, dans une recherche qui souhaite avoir des retombées plus larges socialement.

C'est donc une traversée qui, pour Véronique, a ouvert sur une rencontre avec elle-même, par le constat qu'elle ne tenait pas tant que ça à avoir des enfants et qu'elle croyait et souhaitait pouvoir se définir autrement. Par la découverte aussi de gens dans son entourage qui n'ont pas d'enfants par choix et qui nourrissent quelque chose à quoi elle semble pouvoir s'identifier ou appartenir. Elle évoque également le fait qu'elle est très disponible, n'ayant pas d'enfant, et qu'elle s'est donc donné pour mission d'être l'amie « qui va faire du bien ». Cette amie qui a le temps d'aller manger au restaurant ou prendre un verre, ou de garder les enfants de ses amies. Elle me raconte combien elle a envie d'être cette ressource-là, cette amie-là pour son entourage. Et que cela lui permet de donner un sens à l'infertilité, au fait de ne pas avoir d'enfant elle-même. Ce passage de l'entretien, est très touchant et évoque à travers l'idée de « prendre soin » quelque chose du maternel. Ce désir de prendre soin et ce qui le motive trouvent écho dans d'autres lieux finalement, dans les relations d'amitié, avec ses filleuls, etc. L'idée de la transmission et de l'accompagnement n'est pas sans faire résonner la profession de Véronique qui est conseillère en

orientation. Finalement, et tel que mentionné précédemment, sa participation à la recherche s'inscrit peut-être également dans cette lignée de quête de sens, cette fois par la mise en récit de son histoire et son inscription au sein d'un récit plus collectif qu'est la recherche.

4.6.4. Faire le récit de ce parcours

Prendre part à cette recherche impliquait de raconter son histoire. Pour Véronique, cela signifiait de revisiter un processus ayant eu lieu il y a quelques années déjà. Elle a d'ailleurs elle-même souligné que cela « faisait drôle de revisiter tout ça après quelques années alors que son deuil est fait ». Quelque chose semble l'avoir interpellée suffisamment pour qu'elle ait envie de raconter, dans ce nouveau contexte, cette traversée vers sa vie actuelle sans enfant. Pour Véronique, la question du sens revient souvent. Elle me parle à plusieurs reprises de l'importance pour elle de trouver un sens à une vie sans enfant. Elle évoque aussi la peur de la solitude, puis l'isolement dans lequel elle semble se trouver parfois. Par exemple, son conjoint et elle avaient fait le choix d'être très discrets quant à leurs démarches. Ils avaient averti leur entourage qu'ils n'en parleraient pas, formulant aussi la demande de ne pas être questionnés à ce sujet. Véronique me dit qu'ils voulaient préserver « le peu d'intimité qu'il leur restait » à travers ce processus où l'équipe médicale est si présente. À travers tous ces protocoles, le souhait de « garder un peu de magie ». Elle reconnaît dans l'après-coup que cela les a quelque peu isolés et qu'ils se sont peut-être coupés de la possibilité de partager ce qu'ils traversaient avec leur réseau. Elle nomme que cela a fait en sorte que « ça tournait beaucoup dans sa tête », peut-être faute de pouvoir en parler. C'est peut-être ce besoin qui l'a poussée à vouloir consulter un psychologue au moment d'arrêter les traitements. Le besoin d'accompagnement pour traverser un processus de deuil. Le thème de l'isolement s'est donc présenté sur plusieurs plans. Dans le fait de se sentir seule à travers son expérience, de s'isoler un

peu de certains amis, mais aussi d'appréhender une vie sans enfant qui fait résonner pour elle l'idée de la solitude (vieillir seule...) et de se sentir en marge, donc isolée par rapport aux couples qui ont des enfants et qui répondent à la norme sociale. Cette question de la solitude continue peut-être de se poser alors qu'elle a souhaité profiter de l'espace de parole offert par la recherche.

Véronique fait un retour réflexif sur sa manière d'avoir répondu aux questions du premier entretien. Au début de notre seconde rencontre, elle revient sur l'entretien précédant en remarquant qu'il n'y avait pas de « senti. » « C'était comme très machinal. Ça m'a, ben c'était ça, ça, ça pis... parce qu'on dirait que j'ai comme fait le deuil de tout ça pis là j'en parle, mais c'est vraiment de façon mécanique là ». Elle ajoute : « On dirait que y'a pu autant de sentiments face à ça parce que je l'ai, t'sais, j'ai fait mon deuil, j'ai, je l'ai vécu pis maintenant j'suis comme plus sereine d'en parler. Mais c'est ça, y'a moins, y'a pu autant d'émotions que y'a quelques années là. » En effet, elle en parle effectivement d'une manière un peu similaire aux procédures en PMA : machinale, mécanique, opératoire... Machinal et mécanique sont les termes qui lui viennent pour caractériser son récit, qui est en lui-même une sorte de métonymie du parcours traversé. Le second entretien m'a semblé plus vivant, plus incarné. Véronique a constaté elle-même qu'elle se sentait moins nerveuse et c'était également mon impression. Elle souligne lors de cette seconde rencontre qu'elle a vécu à travers tout ce processus beaucoup de frustration, thème qu'elle n'avait pas abordé jusque-là. Frustration surtout par rapport à son entourage, notamment face à une collègue qui lui a annoncé sa grossesse au moment où elle venait de son côté de faire un test de grossesse négatif. Frustration aussi par rapport aux enfants de ses amis qui lui « tapaient sur les nerfs ». Elle me raconte avoir traversé une période où elle ne souhaitait plus voir de gens qui étaient de près ou de loin reliés à la maternité. La question « pourquoi pas moi? » survenait alors qu'elle apprenait une nouvelle

grossesse dans son entourage et de là tout un questionnement autour de la justice. De manière sous-jacente, c'est également la question du sens qui une fois de plus résonne. Ou peut-être de ce qui semble avoir été vécu comme un non-sens. Comme une forme d'absurdité. Et cela a semblé s'être vécu pour Véronique sous la forme d'une frustration (vis-à-vis des femmes enceintes ou des jeunes mères) qui nourrissait un certain isolement (distance avec certaines amies qui avaient des enfants), qui nourrissait peut-être la frustration en retour. Si elle pleurait beaucoup après un test de grossesse négatif, elle vivait également ce qu'elle nommait comme une frustration mêlée de colère. Ce vécu plus difficile lui est revenu dans un après-coup du premier entretien. L'on voit ici combien l'effet de se raconter est parfois imprévisible. Alors que pour elle ce parcours est loin derrière, et que son deuil est fait, certains éléments plus sensibles semblent apparaître dans un espace de parole dédié à l'écouter. Il est intéressant en ce sens d'observer les différents mouvements dans la mise en récit au premier puis au second entretien. Ainsi, quelque chose de son expérience se donne à voir dans sa manière de raconter. À travers un récit plus « mécanique » et l'accent mis sur les descriptions d'horaire et d'emploi du temps, une forme de charge protocolaire s'exprime. Puis ces descriptions font peu à peu place à un vécu plus intérieur où apparaissent la peur de ne pas avoir d'enfant, puis la peur de vieillir et de mourir seule, la frustration de ne pas appartenir à cette collectivité de femmes qui sont mères et le remaniement identitaire profond inhérent au fait de devoir se définir autrement qu'en étant mère.

Il semble que le parcours lui a permis de se rencontrer autrement. Elle a fait face à certains démons, comme l'anxiété qu'elle avait déjà connue et qui a remonté beaucoup durant le processus. Elle parle aussi de cette rencontre avec elle-même concernant le désir d'enfant et le fait d'assumer finalement ce choix d'une vie sans enfant. Pour elle, cela semble venir avec un constat qu'elle n'en voulait pas d'enfant,

finalement. Parallèlement, elle parle d'un désir de grossesse et s'anime particulièrement en racontant combien elle trouve ça beau, une femme enceinte. Comme une fascination pour la grossesse. Il semble que sa manière de tricoter son récit en y incluant les différents aspects parfois contradictoires que comporte son parcours lui permette d'ouvrir son horizon sur la possibilité de nourrir son identité de femme autrement que par la maternité. Et s'entourer d'un réseau auquel elle peut s'identifier comme le groupe Femmes sans enfants. Puis voilà que quelque chose me frappe : elle souhaite se définir autrement que par la maternité, et donc se tourne vers un groupe qui porte l'absence de maternité au cœur de son identité. Comme si la maternité demeurait au cœur de la question identitaire (par son actualisation dans le réel ou par son absence concrète). Il me semble que le désir d'enfant, aussi ambivalent soit-il, nourrit la mère en chaque femme. En ce sens, la participation de Véronique à la recherche lui a peut-être permis de s'entendre dire un récit différent et donc d'assumer cette différence. Faire un récit de son parcours, intégrer le « sans » dans le récit de soi, c'est intégrer cet événement dans son histoire, c'est retrouver son identité et littéralement, le fil de son existence.

4.7 Conclusion du chapitre IV

Tout au long de ce chapitre, nous avons pu nous approcher un peu plus de l'expérience de cinq femmes à travers leur récit des traitements de PMA et de la décision de les cesser sans avoir eu d'enfant. Ce travail avait pour but de mettre en lumière le vécu singulier de chacune des femmes rencontrées. Ce processus s'est déroulé à travers un exercice d'écriture qui avait pour but de faire voyager la parole des femmes de la rencontre à la transcription des verbatims, jusqu'aux textes qui constituent ce chapitre. Ce processus a été soutenu par la rédaction de textes interprétatifs qui visaient à éclairer les éléments qui me sont apparus comme

significatifs dans le récit des femmes. Il va sans dire qu'une transformation a nécessaire eu lieu, et que j'ai tenté qu'elle puisse être porteuse de sens dans le contexte de la présente recherche, c'est-à-dire que le résultat final peut nourrir une réflexion relative à l'objectif principal et les questions de recherche. Puisqu'il est impossible de tout dire ni de tout transmettre, les éléments qui ont été mis en saillance ici relèvent évidemment de choix de ma part. Ces choix sont bien sûr reliés aux objectifs de la thèse, mais comportent également une part de subjectivité puisque l'orientation de cette recherche est en partie guidée par les réflexions qui m'habitent. Dans un souci de rigueur et de transparence quant au processus de recherche, il m'importe donc de souligner le caractère subjectif de la démarche, tout en rappelant les éléments qui ont permis d'encadrer et de soutenir le processus dans le but de le rendre parlant et sensé pour celles et ceux qui s'y intéresseront. Rappelons donc que cette recherche s'intéresse à l'expérience de l'arrêt des traitements de FIV desquels aucun enfant n'a été issu, et que cette grande question est plus spécifiquement abordée sous l'angle du rapport au corps et à la féminité, du rapport à la limite à propos de l'arrêt des traitements, et de la mise en récit. J'ai donc tenté de voir quelle résonnance trouvait ces thèmes dans le récit des femmes.

Nous avons donc vu que pour Nina, le récit du parcours en PMA a semblé se faire à travers un récit du corps et de la traversée de celui-ci. C'est également par un cri du corps qu'une semble s'être imposée pour elle, ou enfin semble avoir été justifiée suffisamment pour qu'elle parvienne à porter sa décision de cesser les traitements. Si cette décision n'allait pas de soi d'emblée, du moins sans supposer une forte culpabilité de ne pas « essayer encore », l'intensité de l'épreuve physique semble lui avoir donné un ancrage sur lequel Nina est parvenue à s'appuyer pour dire « c'est assez ». Tout au long de son parcours, le sentiment d'être effacée, de ne pas être entendue (dans la souffrance comme dans la douleur) est venu éveiller chez Nina la

question de la place, sa place. L'arrêt des traitements et la vie qui s'ensuit a soulevé chez elle cette interrogation sur la place qu'elle peut faire pour la femme sans enfant qu'elle est, et la place dans le social pour une femme sans enfant aujourd'hui. À travers sa profession qui met en scène à la fois le soin et l'enseignement (donc la transmission), et grâce à un accompagnement thérapeutique, la quête de sens se poursuit pour Nina qui revient au plus près d'elle-même au terme de cette épreuve. Elle fait le récit de son parcours en revenant quelques fois à la métaphore du chemin de fer qu'elle aurait souhaité photographier, un chemin rigide dont la vitesse de croisière élevée du train rend difficile de s'arrêter.

Le rapport à la limite m'est apparu comme plutôt ambivalent dès le départ chez Virginie. Sa participation à la recherche contrastait avec son souhait manifeste de reprendre un jour les traitements de PMA. Si cette limite semblait se porter depuis l'arrêt des traitements qui durait depuis maintenant deux ans et qu'elle y trouvait un sens (le repos de son corps, se retrouver avec son conjoint, se refaire une « santé mentale », il a semblé que cela était difficile à projeter vers le possible d'une vie sans enfant. Les thèmes de l'incertitude et du doute étaient prégnants dans son récit. L'incertitude quotidienne soulevée par l'horaire des traitements et leur issue, puis un doute plus profond quant à sa capacité d'être mère, ou quant à la grande question qui semble avoir été « aie-je tout essayé »? Pour elle comme pour Nina, le corps semble avoir été mis à rude épreuve et le récit qu'elle fait de son parcours en témoigne. C'est à travers l'accompagnement à la naissance auquel elle se dévoue désormais que Virginie semble avoir trouvé un sens à cette expérience, tout en se rapprochant en quelque sorte de son désir d'enfanter, à travers les femmes qu'elle accompagne. Son histoire s'ouvre sur l'image de la montagne russe qu'elle a choisi pour représenter son expérience et qui témoigne d'un parcours marqué de hauts et de plusieurs bas, et à travers lesquels elle semble avoir cherché à trouver un peu de calme, un peu de paix.

S'il me faut trouver en quelques lignes de quoi rappeler le récit de Sophie, ce qui me vient est tout ce que la PMA est venue soulever de conflictuel en elle, et de manière quasi étonnante. Comme si elle s'était surprise elle-même d'avoir « dit oui à ça », pour reprendre et rappeler ses mots. Le contexte de la PMA semble avoir ébranlé des valeurs personnelles et un mode de vie particulier qui ne concordaient pas avec l'univers médical de la PMA. C'est un peu comme si la limite rencontrée était venue pour elle de cette confrontation interne entre son désir d'avoir un enfant et les moyens pris pour tenter de l'actualiser. Sophie raconte par ailleurs le rapport au corps entretenu à travers les traitements, comme une oscillation entre la distanciation (voire la dissociation) et le rapprochement. Elle raconte à la fois la fascination et le sentiment de se rapprocher de son corps en pouvant en voir l'intérieur (par exemple lors de l'échographie), puis parle de différentes manières de la césure qu'opèrent les traitements médicaux entre le corps et l'être (par exemple en ayant l'impression d'avoir « donné son corps à la science »). Sophie nous parle de la photo qu'elle a prise comme d'un travail de réconciliation où l'on voit d'un côté les prescriptions médicales et boîtes de médicaments étalées sur la table et de l'autre, elle assise sur un fauteuil et regardant à la fenêtre où perce un rayon de lumière. Il me semble que son récit constitue en lui-même une tentative de mettre ensemble la dimension biomédicale qui semble avoir été marquante pour elle, puis l'expérience vécue de la femme qu'elle et qui tente de se diriger vers cette vie sans enfant dont elle tente d'assumer le sens.

En ce qui concerne Éva, son récit m'a semblé celui d'une histoire à la temporalité brisée en quelque sorte. Racontés avec une certaine insistance sur l'ordre chronologique, les événements marquants de son récit se sont pourtant démarqués au-

delà de leur chronologie. Ces moments importants sur lesquels a insisté Éva m'ont semblé avoir tous en commun de créer une forme de rupture dans ce qu'aurait dû être pour elle le cours normal des choses. Comme si son histoire s'était articulée autour d'éléments qui ont créé un écart entre son projet de vie et la réalité de l'infertilité à laquelle elle était confrontée. Un écart aussi entre elle et son conjoint qui a semblé porter dans le récit la souffrance du parcours. Comme si le fait de recevoir le diagnostic d'infertilité avec créé une secousse qui avait rendu difficile pour Éva de vivre la peine avec son conjoint, et alors c'était elle ou lui qui était triste (versus résilient), fort (versus faible) et positif (versus découragé). Pour Éva aussi, la limite semble s'être portée de manière plutôt ambivalente alors qu'en dépit de sa participation à la recherche, l'idée d'un arrêt définitif des traitements ne semblait pas faire partie des possibles pour le moment. Enfin, l'idée de l'arrêt des traitements dont la possibilité de la vie sans enfant est le corollaire a semblé pour Éva prendre la forme d'un impensable. Comme un récit dont l'issue ne peut être pensée, mais qui est pourtant omniprésent. De la difficulté de parler de son propre vécu affectif des traitements et de l'arrêt de ceux-ci m'a semblé émerger une sorte d'insistance de ce qui n'arrive pas à s'envisager ni à se dire. Par exemple, lors du récit élaboré au moment de l'entretien, la ponction ovarienne ne m'a pas semblé avoir été appréhendée avec l'ampleur réelle de l'intervention. La première injection non plus. Ni le diagnostic d'infertilité. De ces événements, Éva parle avec une certaine distance, à travers l'autre (le vécu de son conjoint) ou à travers le vécu corporel. Faire le récit de son histoire, c'est faire le récit d'un combat, d'une lutte, et de la difficulté de penser l'arrêt des traitements puisque cela semble revenir à perdre ou abandonner la bataille.

Le récit de Véronique a été marqué, surtout lors du premier entretien, par l'importance accordée aux impératifs concrets des traitements. Prise de médication,

nombreux rendez-vous médicaux, implications au niveau du travail, de l'organisation de l'horaire. La photo que m'a présentée Véronique présente une page d'agenda bien remplie de rendez-vous et sur laquelle est déposée une seringue. C'est ce qui a pour elle, semble-t-il, marqué son souvenir. « C'était toute une organisation ». Certaines ont fait le récit de leur expérience en insistant sur la douleur, les interventions que le corps a dû subir, ou en insistant sur le vécu de l'autre (le conjoint, par exemple). Pour Véronique, il semble que c'est à travers la charge quotidienne que s'élabore son récit. Puis cette charge qu'elle a vécue comme un lourd fardeau a finalement donné lieu à un sentiment de vide; vide intérieur, vide d'énergie, « je me suis sentie vidée », dit-elle. C'est ainsi qu'elle décrit la dépression qui l'a menée à mettre un terme aux traitements. De la charge mentale, physique et quotidienne des traitements semble a peut-être émergé le manque de l'enfant, vécu sous forme de vide, de creux laissé pour tout l'investissement dans les traitements sans avoir eu l'enfant désiré en retour. Véronique nous parle également d'un rapport au corps oscillant entre l'investigation et l'habitation : d'une part un sentiment d'être au plus près de son corps, une écoute particulière aux signaux de celui-ci qui peuvent annoncer la venue des règles par exemple. Cette écoute du corps semble avoir pu se vivre comme une façon nouvelle d'incarner, d'habiter son corps. Elle a pu également basculer du côté d'un rapport d'investigation, dans le prolongement du regard médical posé sur le corps en PMA. Enfin, Véronique dit souhaiter participer à la recherche dans le but de donner une voix aux femmes sans enfant, à ce statut qui lui apparaît comme étant en marge des normes sociales établies. Elle s'investit dans des groupes de femmes sans enfant et se dit en quête de sens quant à ce statut. C'est ainsi qu'un travail d'appropriation semble se faire autour de cet aspect de sa vie, tout en plaçant la maternité en plein cœur de la question identitaire, mais par le fait de ne pas être mère.

Ces brefs résumés visaient à rappeler à notre mémoire différents éléments des récits individuels présentés. Soulignons que chaque femme a un parcours qui lui est propre et que nous nous gardons bien de tirer des conclusions généralisantes à partir de ceux-ci. Dans le but toutefois de faire un pas de plus dans la compréhension de ce phénomène, une mise en lien a été faite entre ces paroles. Le prochain chapitre propose donc une perspective plus transversale où les voix de Nina, Virginie, Sophie, Éva et Véronique seront mises en commun afin de dégager les différents mouvements inhérents aux thèmes constituant les objectifs de la présente recherche.

CHAPITRE V

CE QUE DISENT LES FEMMES DE LEUR EXPÉIRENCE : INTERPRÉTATIONS TRANSVERSALES

5.1 Introduction

Au cours du précédent chapitre, j'ai parcouru l'expérience de chaque femme rencontrée afin de mettre en lumière les différents enjeux inhérents à leur parcours et de développer une compréhension de leur vécu, notamment à travers les thèmes ayant émergé de leur récit. Le présent chapitre vise à offrir une perspective différente sur cette expérience, soit une compréhension résultant d'une mise en lien des récits individuels entre eux. À ce point du travail de recherche, chacun des textes rédigés au chapitre précédent a été relu, retravaillé, puis revisité avec un regard transversal guidé par les intuitions de départ de la recherche. Ainsi, la rédaction du présent chapitre se voit guidée par la question suivante : comment ma lecture du récit de femmes (et l'exercice d'écriture découlant de celle-ci) permet-elle d'élargir notre compréhension de l'expérience des femmes ayant reçu plusieurs fécondations in vitro et desquelles aucun enfant n'est issu? L'élaboration des interprétations transversales souhaite mettre en lumière les enjeux existentiels pouvant nous permettre de comprendre le vécu des femmes ou, dis autrement, de révéler quelque chose du sens de cette expérience. Rappelons les questions de recherche de cette thèse qui étaient : (1) comment le rapport au corps et à la féminité s'articulent-ils à l'expérience des femmes en procréation assistée et ayant décidé d'arrêter les traitements? (2) Comment s'élabore la décision de cesser les traitements et comment les femmes portent-elles cette décision à la suite à l'arrêt? (3) Quel sens revêt, du point de vue des femmes, la mise en récit de l'expérience des traitements de procréation assistée et de leur échec? (4) Quels seraient les éléments constitutifs d'un accompagnement qui serait adéquat, aidant et préventif quant aux difficultés psychologiques post-PMA et ce, tout au long des démarches. Notons que les troisième et quatrième questions se sont plutôt révélées au cours du processus comme des retombées de la recherche, et seront donc abordées de façon plus extensive dans la discussion, ainsi que dans la conclusion de cette thèse. C'est donc en ayant ces éléments en tête que j'ai pu

replonger dans la lecture des récits du chapitre précédent afin de voir si les questionnements que je portais trouvaient une certaine résonance dans les histoires racontées par les femmes. Le travail d'interprétation des récits individuels a posé un regard que l'on pourrait qualifier de vertical sur l'histoire de chaque femme. C'est-à-dire que je me suis plongée dans chaque histoire en approfondissant chacun des thèmes qui sont ressortis de leur récit. Le travail d'interprétation transversale vise à faire émerger ce qui m'a semblé commun aux différents modes d'apparition singuliers des thématiques présentées.

Le rapport au temps s'est révélé à travers les trajectoires de procréation assistée sous différents angles, que pourrons explorer dans un premier segment de ce chapitre. Sera ensuite présenté le grand thème de la corporéité, soit le rapport au corps propre dans l'expérience de la PMA, mais également à travers le désir de maternité ne parvenant pas à s'actualiser dans le corps biologique. Le troisième thème présenté sera celui de l'arrêt des traitements et du processus menant à cet arrêt, thème que j'ai réfléchi sous l'angle de la limite au sens existentiel du thème. Finalement, c'est peut-être la question de la féminité qui est apparue de manière moins saillante dans les entretiens par rapport à ce qui avait été anticipé au départ. J'ai toutefois pu observer que le féminin était plus souvent pensé d'emblée en lien avec un ancrage identitaire, notamment le fait d'être ou de ne pas être mère. Les thèmes du corps, du féminin et de la limite constituaient mes intuitions de départ quant à la recherche et m'apparaissaient comme étant des enjeux potentiellement majeurs de l'expérience des femmes. Toutefois, j'ai rencontré les participantes en ayant préalablement mis en veilleuse ces intuitions de départ. Concrètement, je n'ai pas d'emblée questionné les femmes au sujet de ces thématiques afin de voir ce qu'elles avaient d'abord à raconter. Ainsi, au fil des entretiens de recherche et de la lecture des verbatims, ces thèmes se sont raffinés ou transformés. Le thème du temps est également apparu comme un

enjeu important. Le thème de la limite s'est révélé comme relevant peut-être à la base d'un a priori personnel, et le thème de la féminité a été modulé au fil de l'analyse.

5.2 Traversée temporelle

La question de la temporalité ne constituait pas d'emblée l'un des thèmes à explorer dans le cadre de cette recherche. Ceci m'apparaît aujourd'hui étonnant puisque l'intérêt porté à un phénomène depuis une perspective existentielle suppose nécessairement la reconnaissance de l'inscription de l'humain sur une trame temporelle dans laquelle se déroule son existence. Ce sont toutefois les femmes rencontrées qui, par leur récit, m'ont ramenée la dimension fondamentalement située de notre existence. Cela ne m'est pas apparu au moment des entretiens, ni même à la première relecture, mais plutôt à force d'écrire et de réécrire. Il est devenu évident pour moi que des enjeux majeurs de l'expérience des femmes se révélaient à travers la question du temps. Ces enjeux m'ont semblé organisés autour de deux dimensions particulières. D'une part, au niveau de la trame temporelle en lien direct avec l'historicité, dans l'articulation particulière du présent, du passé et du futur qui se trouve teintée par l'expérience de l'échec des traitements de PMA. Ceci a notamment teinté leur manière de se raconter. D'autre part, au niveau de la rythmicité du temps, c'est-à-dire la cadence (souvent trop rapide) que la PMA semble imposer aux femmes et à leur désir d'enfant. D'une certaine manière, le premier aspect rejoint davantage la mise en récit et la narrativité alors que le second s'ancre peut-être plutôt dans l'expérience vécue. Nous verrons toutefois que ces deux aspects participent d'une articulation constante de l'un avec l'autre, toute chose n'étant jamais complètement isolée.

5.2.1 Tissage entre les temps de la PMA : du futur sans enfant au présent figé des traitements

J'ai souvent eu l'impression première que le récit des femmes rencontrées était en quelque sorte figé dans le présent, un peu comme si le quotidien des démarches venait prendre toute la place dans leur vie comme dans l'histoire qu'elles en font. Ce qui s'est d'abord dégagé pour moi a été une forme de perte d'horizon de la vie en général, comme si tout devenait centré sur l'actualité quasi journalière des traitements de la PMA. En effet, il semble que l'impossibilité de concevoir un enfant vienne entraîner une perte d'horizon du futur. La voie barrée à la réalisation du projet d'enfantement empêche la femme de se projeter comme mère, en plus de mettre à mal la possibilité de transmettre la vie, avec ce que cela peut susciter à un niveau existentiel (par exemple le fait qu'il n'y aura pas d'enfant – de génération suivante – pour survivre à sa propre mort). Cette expérience semble donc créer un certain rétrécissement dans l'horizon des possibles : le futur parental ne peut plus être envisagé. À un niveau plus concret, ce rétrécissement est accentué par les traitements de PMA qui occupent énormément de place dans la vie quotidienne et qui semblent figer les femmes dans un présent très chargé par l'exigence des traitements. En faisant un pas de plus, il m'est apparu que le présent se trouve en quelque sorte figé notamment parce qu'envahi par une quête qui semble venir prendre toute la place. Or, l'objet de cette quête, le bébé, amène dans une projection de soi dans le futur. Autrement dit, le fait de désirer un enfant c'est déjà une façon de se projeter dans un futur, dans l'horizon d'un possible qu'est celui de mettre au monde un enfant. Le désir d'enfant peut donc s'imaginer plus loin sur la ligne du temps. La spécificité de notre recherche tient toutefois en ceci que le désir d'enfant est empêché dans sa réalisation (d'abord, par l'infertilité, puis chaque fois que les traitements de PMA échouent). Les femmes semblent donc se trouver devant un futur constamment interrompu, presque comme s'il n'y avait pas d'avenir possible sans enfant.

Paradoxalement, il semble y avoir une insistance sur le devenir permis par le recours aux PMA, agissants comme une réaffirmation de la promesse à venir (l'objectif en PMA étant d'avoir un enfant). Le mouvement est double en ce sens où la perte vécue d'un horizon mène à avoir recours à la PMA, afin de rouvrir l'avenir et les possibles. Or l'engagement dans ce parcours semble venir prendre toute la place et faire perdre de vue l'horizon, justement. Ce que les femmes racontent de leur expérience est souvent très axé sur le temps présent, sur un quotidien presque figé. Toutefois, en prêtant mon oreille à l'ensemble de leurs récits et aux différents niveaux de ceux-ci, il m'est apparu qu'une trame temporelle plus vaste se dessinait inévitablement par le fait que ces traitements visent un futur espéré (mais qui ne s'actualise pas). Ceci semble rendre le présent très présent, justement, comme si quelque chose achoppait dans la projection vers l'avenir. Pourtant, l'avenir est toujours déjà là, sous-entendu, et cherche à se dire à travers tout le récit autour de l'actuel, comme si dans le fil du temps le futur s'était trouvé étouffé à force de n'être pas envisageable tel qu'espéré. Il a été mentionné plus tôt que le désir d'enfant projetait la femme dans l'avenir. À un autre niveau, le fait de désirer un enfant renvoie également les femmes à ce qui constitue leur histoire. Par exemple, plusieurs femmes m'ont raconté certains éléments de leur vie passée, notamment en parlant de leur relation à leur mère, de situations vécues durant l'enfance ou l'adolescence, mais également par la résurgence d'évènements appartenant au passé chronologique du parcours en PMA (historique des traitements, moments douloureux, accumulation des échecs, expériences d'interventions particulières). En fait, c'est en soit le mouvement du devenir que d'être à la fois ancré dans le présent et ouvert sur le possible de demain, mais cela semble rendu plus saillant par le processus des PMA et l'importance de l'enjeu. Voyons maintenant plus en détail ce à partir de quoi s'est construit ce rapport au temps qui semble particulier à l'expérience de la PMA.

L'idée d'un présent « figé » s'est d'abord illustrée par les nombreuses descriptions de la charge quotidienne occasionnée par les traitements. En effet, le processus de PMA semble marquer le quotidien d'empêchements, nécessiter une organisation, et occasionner des coûts importants. Au niveau des empêchements, rappelons par exemple que le conjoint d'Éva avait prévu un voyage de pêche, mais que cela ne coïncidait pas avec le moment de l'insémination. Elle raconte également une sortie au théâtre prévue alors qu'elle devait se faire une injection à une heure particulière en soirée, ce qui a demandé un ajustement au niveau de l'activité planifiée. Quant à l'organisation quotidienne, pensons à Véronique qui a fait état de la nécessité d'organiser méthodiquement son quotidien. Elle m'a parlé amplement de son agenda, de la planification inhérente aux traitements de procréation assistée. De son côté, Virginie a soulevé la question des absences répétées au travail en raison des rendez-vous médicaux et des interventions, et des conséquences financières que cela a pu avoir. Elle souligne par ailleurs que toute la planification entourant le processus en PMA était venue prendre une place majeure au sein de son couple et qu'ils ne parlaient « que de ça ». Il semble donc que le temps se centralise autour des PMA, comme si les traitements venaient accaparer tout le temps disponible, donnant ainsi l'impression aux femmes de n'avoir « plus le temps pour autre chose ». Il devient concrètement difficile pour les femmes d'investir d'autres sphères de la vie, tant l'espace semble occupé par les traitements de PMA. Le quotidien se trouve à la fois rempli, organisé et en quelque sorte figé. Autrement dit, quelque chose du parcours semble venir prendre toute la place et cela se vit très concrètement dans un horaire quotidien parfois très rigide, très occupé, et très organisé. Ce faisant, les perspectives du futur où d'autres possibilités peuvent s'ouvrir (par exemple en matière d'activités personnelles, sociales ou professionnelles) semblent se rétrécir tranquillement jusqu'à refermer le temps dans un présent presque immobilisé. En ce sens, certaines femmes ont parlé de l'impression que leur vie était littéralement « mise sur pause ». Ceci trouve un écho dans une perte de perspective temporelle douloureuse sur le plan existentielle : le présent semble cristallisé dans l'attente et le sentiment que la vie est

à venir est suspendu. De là un certain paradoxe : on veut tellement aller vers le devenir (ici le devenir parent), or le traitement encouru est tellement lourd qu'il ne laisse pas de place à autre chose, pour se projeter autrement et possiblement se reconstruire en cas d'échec. Ainsi, il semble que le traitement puisse à un certain niveau renforcer la souffrance du symptôme. En effet, l'impossibilité de concevoir un enfant mène à des traitements qui, lorsqu'infructueux, répètent l'échec du projet d'enfantement tout en refermant l'horizon des possibles autour de cette souffrance. Comme si l'avenir avec enfant leur échappait à répétition.

À ce point, j'aimerais proposer quelques exemples afin d'illustrer les mouvements temporels dont il est question ci-dessus. C'est en effet toujours en matière de processus que les femmes racontent leur parcours. De différentes manières, les femmes que j'ai rencontrées semblent avoir été entraînées dans un voyage à travers le temps, tentant tour à tour de conjuguer le passé, le présent et l'avenir. Nonobstant la grande importance accordée au présent, le futur m'a semblé être toujours en filigrane, comme quelque chose sollicitant à la fois la peur et l'espoir. J'ai eu le sentiment que penser à l'arrêt des traitements, qui implique de penser un futur sans enfant, renvoyait les femmes à la question de la finitude. Par exemple, Véronique parle d'une vie sans enfant en évoquant entre autres la peur de vieillir et de mourir seule. Son parcours la mène à se projeter dans le futur et la met en relation avec sa propre mort, mais également avec le temps qui passe. Cette idée se présente également chez Sophie et Nina qui parlent tour à tour de la mort et de la solitude inhérente à celle-ci, accentuée pour elle par le fait de ne pas avoir mis au monde un enfant. Dans l'autre versant, le parcours semble amener les femmes à revisiter leur histoire passée dont certains événements font retour dans le récit. Par exemple, Nina raconte que des moments précis du processus de PMA sont venus faire écho à des éléments de son histoire, l'amenant à revisiter sa trajectoire de vie au niveau de sa relation avec sa mère. Pour

Éva, il semble que l'expérience s'élabore comme une histoire où les choses ne se déroulent pas comme prévu, ce qui l'amène à raconter des situations similaires s'étant présentées pour elle auparavant. Par ailleurs, elle raconte également plusieurs événements passés où elle me dit avoir obtenu finalement ce qu'elle désirait. Virginie me partage des réflexions qu'elle porte en elle au sujet de la maternité, réflexions qui l'habitent depuis l'adolescence et qui semblent avoir marqué son développement en tant que femme. Ces réflexions semblent ravivées par le recours à la PMA et prennent désormais un autre sens pour Virginie. Enfin, Sophie me parle de la possibilité de revisiter les différentes étapes de la vie à travers l'enfant que l'on met au monde et qui grandit. Il s'agit pour elle d'en faire le deuil lorsqu'elle s'imagine ne pas avoir d'enfant. Lors des entretiens, les femmes sont toutes revenues sur différents moments de leur vie, dans un passé parfois lointain (enfance, adolescence, début de l'âge adulte) et ce sans que quoi que ce soit ne leur soit demandé à cet égard. Un peu comme si le passé refaisait inévitablement surface dans le processus pour devenir mère. Cela met en lumière comment le désir, et notamment le désir de parentalité, s'inscrit et convoque notre histoire toute entière.

En résumé, ce qui semble caractériser l'une des dimensions de la temporalité propre à l'expérience de la PMA (lorsque l'objectif de concevoir un enfant n'est pas atteint) est ce mouvement double que l'on peut observer entre un présent vécu comme « figé » et un processus soutenu par la narration qui tente des mouvements d'élargissement vers le passé puis vers le l'avenir. Il semble que l'infertilité puis l'échec répété des traitements qui tentent d'y répondre viennent interrompre quelque chose du cours des choses, rendant difficile pour les femmes de se projeter dans un devenir. Les traitements de PMA viennent envahir le quotidien à différents niveaux (empêchements, besoin d'organisation, coûts économiques, psychiques et relationnels) ce qui semble opérer une forme de rétrécissement de l'horizon existentiel, d'un être-

au-monde, déjà entamé par l'impossibilité de se projeter dans le futur à travers l'enfant désiré. Voyons maintenant ce qui m'est apparu comme un second élément, propre rapport au temps dans les démarches en PMA : le rythme du processus.

5.2.2 Suivre le rythme de la PMA, ou du désir à l'urgence

Dans l'expérience vécue, il semble que le rapport au temps se joue dans une rythmicité particulière, dans la manière dont les démarches en PMA (traitements, interventions, rendez-vous médicaux, horaire de la prise de médication) viennent scander le temps de la vie quotidienne. Elles y installent une sorte de rythme (1) vécu comme rapide, ou sur le mode de l'urgence (2) en décalage avec le besoin de temps ressenti par les femmes (3) difficile à conjuguer au temps du désir d'enfant et à l'ambivalence inhérente à celui-ci. Voyons donc d'un peu plus près ces différents aspects.

Tout d'abord, les descriptions que font les femmes des traitements de PMA et des interventions contiennent presque toujours des évocations d'un tempo accéléré, au rythme rapide. Premièrement, cette rythmique peut venir des plans de traitements qui présentent très peu voire pas de souplesse; le moment de chaque intervention est déterminé de façon bien précise (entre autres selon le cycle menstruel), l'horaire des médicaments est préalablement établi et peu flexible. Ceci semble donner aux femmes le sentiment de se faire imposer un horaire déterminé. Par exemple, Nina utilisait l'image du train, ou du bateau en disant « tu commences ça, t'embarques dans le grand bateau » ou encore « t'es dans un train , mais tu choisis pas la destination, ça va très vite ». Deuxièmement, l'installation du rythme accéléré peut s'illustrer comme une sorte de course contre l'horloge biologique dictée par l'âge des

femmes. Nina, âgée de 34 ans au début des traitements, raconte s'être sentie pressée par le médecin pour commencer les traitements et dit à la blague : « À 34 ans, t'es gériatrique! ». Rappelons-nous également Sophie à qui le médecin avait dit dès le premier rendez-vous « faut clencher », impliquant que le temps allait bientôt manquer (à cause de l'âge de Sophie, 38 ans, puis de la menace du projet de loi qui ne couvrirait plus les frais des traitements). Troisièmement, les traitements en eux-mêmes peuvent être ressentis comme étant fait rapidement, laissant peu d'espace pour ressentir, éprouver et métaboliser ce qui se passe. En ce sens, Nina parle d'un médecin qu'elle décrit comme étant particulièrement expéditif et qui ne semblait pas « avoir le temps de répondre à ses questions ». Les trois éléments mentionnés ci-dessus semblent converger vers un sentiment d'urgence éprouvé par les femmes. Le temps est vécu sur le mode d'une pression, d'une urgence imposée de l'extérieur et qui ne coïncide pas forcément avec leur propre rythme interne. Ce sentiment d'urgence peut être accepté, subi, ou alors refusé. Par exemple, Éva semble avoir consenti à cette vitesse accélérée, prenant elle-même certains moyens pour diminuer les temps d'attentes comme avoir recours aux services de santé privés plutôt que publics. Dans ce cas, il semble que le sentiment d'urgence coïncidait avec le vécu d'Éva de vouloir un enfant « le plus rapidement possible ». À l'inverse, Sophie a décidé de prendre quelques mois avant de commencer les traitements afin de réfléchir à son souhait de recourir ou non à la procréation assistée. Pour Véronique, Virginie et Nina, il semble que le rythme ait davantage été subi, c'est-à-dire qu'elles se sont senties être « embarquées dans une machine » dont elles ne contrôlaient pas la vitesse. Refuser ce sentiment d'urgence, ou choisir de ne pas s'y laisser entraîner, a un coût. En effet, cela implique de mettre en veilleuse le projet d'enfant (du moins par ces moyens). Cela peut également avoir un coût au niveau de l'image projetée socialement. Virginie raconte ainsi avoir vécu une sorte de pression sur les réseaux sociaux où elle avait l'impression qu'elle devait continuer aussi longtemps que possible, et que si elle s'arrêtait c'est qu'elle ne voulait « pas tant que ça » un enfant.

Voyons maintenant de plus près ce rythme personnel, souvent exprimé comme un « besoin de temps » par les femmes.

L'impression que le rythme des processus en PMA ne semble pas coïncider avec le rythme personnel de chaque femme s'est illustrée à travers plusieurs évocations d'un « besoin de temps ». À différents moments et à différents niveaux, les femmes disent avoir ressenti quelque chose comme le besoin d'un temps de pause. Cela a pu se manifester par exemple par le fait de prendre une décision quant à la suite des choses, comme dans le cas de Sophie qui a eu besoin de prendre quelques mois pour décider de recourir à la PMA. Également, un besoin de temps peut se faire sentir au moment de recevoir une mauvaise nouvelle et de vivre le deuil inhérent à celle-ci. Pensons ici à Nina qui venait d'avoir la confirmation d'une grossesse ectopique et à qui le médecin parlait déjà du prochain traitement de FIV. Elle raconte ceci en disant qu'elle n'avait « même pas le temps de faire son deuil ». Rappelons également Éva qui a rapporté avoir trouvé « intense » le fait d'apprendre le diagnostic d'infertilité de son conjoint et de se faire parler de la fécondation in vitro dans la même rencontre. Elle raconte ceci en disant : « Attends un peu là, on vient juste d'avoir le diagnostic ». Parfois, c'est au moment de l'intervention comme telle que certaines femmes auraient eu besoin que les choses se déroulent plus lentement, à travers par exemple le besoin de sentir qu'il y a du temps pour répondre aux questions qu'elles se posaient. Comme mentionné plus haut, Nina parle du médecin qu'elle trouvait « expéditif », et elle ne semble pas avoir alors obtenu l'espace temporel dont elle avait besoin pour se sentir bien à travers l'intervention. Pour Nina, cela s'illustrait également à travers la manière parfois rapide du personnel d'exécuter les soins (en la saluant rapidement, ne prenant pas le temps de lui demander comment elle se sentait, etc.). Sophie, quant à elle, nous dit avoir aimé qu'un médecin « prenne le temps de bien lui expliquer comment son corps fonctionne ». Elle semble avoir vécu une expérience où ce besoin

de « prendre le temps » a été considéré et répondu par un médecin qui lui aurait offert un espace pour discuter et lui donner de l'information. Ainsi, il semble que le rythme de ce qui est souvent décrit comme la « machine » qu'est la PMA semble se trouver en décalage avec le temps dont les femmes ont parfois besoin pour assimiler leur expérience, pour accueillir ce qui leur arrive ou ce qu'elles s'apprêtent à subir à même leur corps.

Le troisième et dernier élément constitutif de la dimension rythmique de l'expérience est celui de la difficulté de conjuguer le sentiment d'urgence vécu en PMA au temps du désir, lequel demande à se vivre dans un espace permettant le déploiement de sa complexité et de ses multiples facettes. Le désir est ici celui d'avoir un enfant, mais peut également recouper celui d'avoir recours à la PMA ou de ne plus y recourir justement. Pour Sophie, l'ambivalence quant à la PMA était d'emblée très forte. Elle raconte avoir eu l'impression d'aller « contre elle-même ». Cette ambivalence semble l'avoir menée à prendre le temps dont elle avait besoin pour réfléchir au processus. Rappelons également les propos de Nina qui dit : « une famille pour moi c'était un objectif, c'était un désir, mais c'était pas une urgence ». Ce qu'elle soulève ici, peut-être sans le savoir, c'est une distinction entre le désir (qui implique déjà une forme d'attente) et l'urgence (ici le rythme que semble proposer la PMA et qui ne laisse que peu voire pas de place pour l'attente). Un peu comme si le temps d'urgence pouvait éventuellement faire perdre de vue le désir, ou alors le brouiller, ne mettant plus l'accent que sur l'objectif à atteindre. Chacune des femmes rencontrées m'a raconté plusieurs moments où le besoin d'une pause s'est imposé. Ce besoin de temps était souvent appuyé par un besoin de se « reconnecter » à soi, à son corps, à son couple. Ce qui s'est dessiné entre les lignes des entretiens est peut-être cette quête d'un temps pour permettre aux femmes l'élaboration et l'appropriation de leur désir. Est-ce que l'univers de la PMA tente de répondre à l'attente déjà trop longue de l'enfant désiré

en nourrissant une temporalité où l'attente n'existe pas? Il semble pourtant que ce sentiment d'urgence puisse être difficile à conjuguer avec le temps du désir, lequel demande un espace pour que les femmes puissent éprouver, parler, et penser ce qui leur arrive. Le désir est justement lancé vers l'avenir, mais ne vise pas un contenu si défini que cela. Il vit de ce qu'il tend vers, et pas forcément parce qu'il se réalise : il reste désir. Le désir d'enfant est empreint d'incertitude puisqu'on ne sait pas quand il sera exaucé justement. Pourtant les PMA semblent malgré elles faire croire que le geste technique va répondre au désir cette fois-là.

Cette difficulté de conjuguer l'urgence de la PMA au temps du désir peut venir rejoindre la cristallisation du présent découlant de l'envahissement du quotidien dont il a été question précédemment. Ces éléments semblent venir s'entrelacer en ce sens où le désir vise la réalisation d'un évènement ou d'un état projeté dans le futur en même temps qu'il s'inscrit dans l'histoire personnelle et relationnelle de chaque femme. Porter son désir demande de retrouver cette capacité de voyager entre les temps, de lier ce qui survient en mémoire à ce qui est vécu dans l'actuel et espéré pour le futur. Cette mouvance qui anime le désir d'enfant doit pouvoir trouver son amplitude à travers la capacité de raconter ce qui se passe. Pour cela un temps est nécessaire : le récit prend souvent racine dans cet intervalle où rien n'arrive, dans cette pause où l'on attend ce qui viendra sans savoir exactement ce qui l'attend.

J'aimerais conclure ce segment sur une analogie musicale qui a nourri l'élaboration de mon travail. Pensons aux mouvements musicaux très rapides. Ceux-ci viennent susciter une forme d'écoute différente chez l'auditeur. Une écoute que je trouve personnellement plutôt axée sur l'acte de recevoir ce qui est joué en étant presque

happée par la vitesse à laquelle les musiciens s'exécutent lorsqu'ils jouent presto. Les rêveries éveillées ne sont pas du même ordre, et ne se racontent que dans un temps second où les choses se déposent. L'adagio ou le lento offrent en raison de la lenteur qui les caractérisent le temps de prendre conscience de ce que l'on reçoit souvent au moment où on le reçoit. Le temps entre chaque note permet de rêvasser et même d'attendre ou d'anticiper la suite de la mélodie. Ces indications de rythmique plus lente font peut-être davantage appel à cette capacité d'élaborer ensuite ce qui nous habite, de raconter ce que l'on a vécu, ressenti et imaginé. Au moment d'un ralentendo, ou lorsqu'un mouvement lent vient se jouer en alternance avec un mouvement rapide, l'espace s'ouvre, l'expérience se dépose, puis se révèle à soi et à l'autre par les mots qui en témoignent. Ainsi est créé l'espace permettant d'exister avec la musique ou la pensée.

5.3 Le corps raconté

Le thème du rapport au corps figurait d'emblée parmi les sous-objectifs de cette recherche. Relevons par ailleurs que ce thème est déjà appuyé par les écrits scientifiques, mais pas dans la dimension du corps propre et de la complexité des dimensions en jeu. Rappelons ici que, comme présenté précédemment, le corps ne peut être pensé en dehors du sujet. Or, il semble justement occuper ici une fonction particulière. Les femmes en parlent comme un autre qu'elles-mêmes, sur le mode de l'objet qu'elles ont ou qu'elles subissent. Ceci est intéressant puisque cela correspond à la description qu'en fait la phénoménologie de la maladie. Toutefois, il s'agit ici de traitements et non pas d'une atteinte fonctionnelle du corps, en tout cas pas toujours. Les intuitions de départ ont été confirmées lors des entretiens par la place importante accordée au corps dans le récit des femmes. En effet, il semble qu'elles aient été, chacune à leur manière, habitées du besoin de raconter leur corps, que ce soit par les

descriptions détaillées d'interventions, de douleur ressentie ou de sensations particulières. Le corps m'est ainsi apparu comme étant à la fois porteur des traces du parcours et vecteur du récit des femmes. Raconter leur corps c'était bien sûr aussi se raconter elles-mêmes et me dire quelque chose de leur expérience en procréation assistée. Ce qui a pu être éprouvé à même le corps et parfois y laisser des traces est venu mettre en lumière des enjeux essentiels dans la compréhension du vécu de ces femmes. D'abord et de manière plus explicite, nous verrons que le ventre semble avoir pris une place importante au cours du processus en étant le lieu principal visé par les interventions, mais également la région du corps qui devrait accueillir l'objet de désir (l'enfant). Nous verrons ensuite comment l'expérience de la médecine semble venir installer une forme de dialectique constante entre l'intrusion et la transgression et que cela se donne à voir notamment à travers les différents traitements qui viennent soit percer le corps ou le rendre transparent. Enfin, le corps est également venu prendre une trame plus personnelle en révélant un rapport à soi sous un mode de distanciation/rapprochement. Cela s'est notamment dessiné dans ce qui m'est apparu comme une oscillation entre l'investigation du corps et l'habitation de celui-ci. Attardons-nous maintenant plus en profondeur à chacun de ces trois sous-thèmes.

5.3.1 Le ventre en plein cœur

Si le corps des femmes a occupé une place majeure dans leurs histoires respectives, le ventre semble avoir eu une importance toute particulière au cours de leurs processus. D'une part parce que c'est concrètement la région du corps ciblée par la plupart des traitements, d'autre part parce que c'est précisément dans cette région du corps que l'objet désiré devrait venir s'inscrire et se déployer. Or il n'en est rien, le ventre va rester vide dans le cas d'un arrêt de traitement. Paradoxalement, le ventre semble devenir la cible de toute l'attention (à l'instar de la femme enceinte) alors qu'il ne porte pas la vie. Occupant une place centrale dans le récit, il semble également

s'installer en plein cœur des femmes, devenant la région cible d'une grossesse tant espérée. Le ventre se présente sous différentes figures : blessé, vide, opprimé, ou à protéger. À travers celles-ci, il s'illustre comme une métonymie du parcours en PMA.

Plusieurs récits de fortes douleurs viennent mettre en lumière l'image d'un ventre blessé. Certains entretiens ont été particulièrement marqués par la description détaillée et vive de la douleur ressentie lors des interventions ou à la suite de celles-ci. Rappelons notamment les expériences racontées par Nina (hyperstimulation ovarienne, ponction ovarienne alors qu'elle était en fortes douleurs, grossesse ectopique, rupture de la trompe de Fallope) et qui ont pour point commun l'intense douleur ressentie puis racontée. Pensons également à Virginie qui m'a fait le récit de la douleur causée par une torsion ovarienne qui la clouait au sol. Certaines expressions empruntées par les femmes pour décrire leur expérience (le ventre « lacéré », le ventre « charcuté », le fait de ne pas être « capable de marcher ») viennent soutenir l'image d'un ventre éminemment blessé, voire violenté. La douleur rejoint peut-être ici la blessure de ne pas parvenir à porter la vie. La place accordée au ventre meurtri, endolori, témoigne potentiellement d'une blessure importante au cœur des femmes qui ne deviennent pas mères alors qu'elles le veulent pourtant si ardemment.

En effet, et cela rejoint la seconde figure proposée, le ventre blessé est un ventre vide. Les douleurs dont il a été précédemment question sont souvent racontées en relation à un deuil vécu, où le ventre ne porte pas la vie, n'est pas « plein » de l'enfant désiré. L'exemple de la grossesse ectopique de Nina peut exemplifier ceci : elle raconte cette expérience en parlant de la douleur physique autant que de la tristesse à l'idée de perdre son embryon. Rappelons également le récit de la fausse couche d'Éva qui nous

dit pleurer abondamment alors qu'elle constate qu'elle n'est « plus enceinte ». Paradoxalement, le ventre semble parfois exacerbé et vient prendre toute la place alors qu'il n'est pas porteur du bébé. Ce qui se donne à voir est alors l'absence. Sophie nous décrit sa réaction lorsqu'elle a constaté à l'échographie la taille réelle de son utérus : « C'est fou comme ça prend toute la place [dans les traitements], alors qu'à l'intérieur c'est tout petit ». Ainsi le ventre est à la fois omniprésent (car il est la cible des traitements, examens et investigations) et vide de l'enfant désiré. D'une certaine façon, ce qui caractérise le ventre féminin est son potentiel porteur de vie. Or dans le récit des femmes rencontrées, il n'en est rien, le bébé ne vient pas s'y loger. Ce qui semble entraîner les femmes à poursuivent les démarches en PMA, soit l'espoir de voir germer la vie en elles, peut ainsi devenir source d'une grande souffrance alors que les traitements ne donnent pas le résultat espéré. Autant d'attention portée à ce ventre qu'elles espèrent voir grossir, puis qui demeure vide. Comme si la répétition des cycles infructueux venait se centrer sur le ventre qui devient lieu de rejoute d'autant d'espoirs déçus.

Le ventre se décline également sous la figure d'une région du corps opprimée et qu'il faut libérer. Ceci s'est manifesté à travers un besoin nommé par les femmes de « revenir à leur corps », soit par le fait de prendre une pause des traitements pour atténuer les effets secondaires, ou encore par le port de vêtements plus amples et souples, ou enfin par une sorte d'admiration portée au potentiel de cette région du corps. Virginie a dit être devenue « très protectrice de son ventre », et il semble que cet élan ait été de pair avec un mouvement intérieur de libération du ventre, comme si elle avait voulu donner à son ventre « toute la place qui lui revient ». Rappelons que ce mouvement avait été traduit pour elle par des changements apportés à sa tenue vestimentaire (refus de porter des jeans ou quelque pantalon qui « comprimait » le ventre). Comme si cela venait s'inscrire dans un élan contraire à l'oppression vécue

au long du processus alors que le ventre doit subir la majeure partie des traitements sans égard à ce qu'il peut ressentir.

Enfin, la figure d'un ventre blessé, vide, opprimé ou à protéger vient peut-être témoigner du parcours en lui-même et des différents vécus qu'il peut soulever. La place si importante que vient prendre cette région du corps dans les récits découle peut-être de la souffrance que ses figures laissent dans le cœur des femmes. En effet, les états racontés du ventre trouvent leur corollaire dans un vécu symbolique où la maternité n'advient pas, avec la blessure que cela peut supposer. En ce sens, le ventre, symbole fort de la femme enceinte, vient révéler des couches de signification de cette expérience de deuils répétés sur le chemin de l'espérée maternité. La matrice demeurant vide, le deuil se vit en plein corps tout en étant quasi invisible. Personne ne s'émerveille devant l'abdomen qui s'arrondit, mais personne non plus n'est témoin de la souffrance soulevée par la vacuité du ventre. En prêtant l'oreille à ce que les femmes racontent à propos de cette région du corps, les échos de cette souffrance semblent se révéler à travers les significations évocatrices qui découlent de leur récit.

5.3.2 Du corps percé au corps transparent; entre intrusion et transgression (expérience de la médecine)

La corporéité mise en lumière par les récits se trouve également directement reliée à l'expérience particulière de la médecine et des soins médicaux. Le rapport au corps est décrit en ce sens comme étant teinté d'une dynamique particulière qui semble soulever à la fois l'enjeu de l'intrusion et celui de la transgression. La notion de transgression renvoie ici à l'idée d'une effraction, de la traversée d'un interdit dont la spécificité des liens avec la PMA sera étayée ci-dessous. La notion d'intrusion peut

être ici comprise comme portant sur une limite franchie à la fois intimement et physiquement. Par exemple, l'on a raconté à plusieurs reprises l'expérience d'un corps percé, en utilisant des termes évoquant l'univers de la perforation et de l'injection. L'accent mis sur les récits d'injection vient peut-être parler en ce sens de la place que peut prendre cet enjeu de trouer le corps. Il semble que le geste de « piquer » ou de « se piquer » vienne éveiller des vécus affectifs plus intenses qui peuvent être entendus comme des échos d'un sentiment d'intrusion du corps. Nous nous trouvons vis-à-vis d'un corps percé dont la vulnérabilité peut paradoxalement être banalisée dans les procédures médicales.

Par ailleurs, on a fait le récit d'un corps exposé, un corps révélé dans ces moindres détails intérieurs, comme si dans l'œil du médecin, le corps devenait transparent, n'assurant plus sa fonction d'enveloppe protectrice ou de frontière. Lorsque Virginie parle de l'idée d'être à nouveau « charcutée et mise sous les projecteurs », elle donne à voir une forme d'intrusion vidante puis l'exposition qui peut être vécue comme transgressives au regard de l'intimité habituelle que représente cette dimension du corps. Plus encore, la description de Virginie évoque une forme de violence au sens où il n'y a pas d'échappatoire à ces projecteurs. Comme si elle se retrouvait dans une transparence obligée. En ce sens, le récit de la ponction ovarienne de Nina alors qu'elle était en grande douleur peut être très parlant. Elle raconte que l'aiguille a été introduite 16 fois afin de prélever un maximum de follicules. Enfin, elle parle de la position physique lors du traitement (couchée sur le dos, pieds dans les étrières) et de son sentiment d'une grande vulnérabilité.

Ici, le corps se trouve en plein centre d'une dynamique qui semble mise en place par l'univers médical. L'investigation du corps et les traitements inhérents aux démarches en PMA, tout comme la médecine en général, se fondent à la fois sur une forme d'intrusion du corps et de transgression des limites corporelles (dont la peau, par exemple, pour les injections). Ceci est appuyé par le cadre médical des interventions. Or il semble que cela puisse venir s'inscrire à un autre niveau dans le vécu des femmes. Du point de vue de la médecine, la procréation assistée a ceci de particulier qu'elle implique l'accès au génital et à l'intérieur du corps dans la région du système reproducteur et des organes génitaux. Une intrusion est concrètement nécessaire pour que les traitements aient lieu. Celle-ci semble se vivre à un autre niveau pour les femmes alors qu'elles ont le sentiment d'être vues dans leur intimité, leur vulnérabilité et leur souffrance dans un contexte où l'intimité relationnelle réelle (c.-à-d. avec le personnel médical) ne semble pas soutenir ce dévoilement. De plus, les interventions en PMA sont définies par l'exigence d'inséminer, de ponctionner ou d'injecter. Il s'agit de percer pour prendre ou déposer quelque chose à l'intérieur du corps des femmes. L'enjeu de la transgression semble se dessiner à différents niveaux, alors que quelque chose de normalement interdit est effectué sur le corps. Cette spécificité semble venir s'illustrer par les enjeux racontés par les femmes. En effet, et à la lumière des récits, le sentiment d'intrusion, l'impression d'avoir un corps transparent, c'est-à-dire au travers duquel on peut voir, peut soulever un vécu de vulnérabilité. Le vécu de transgression vient peut-être soulever l'enjeu d'une violence sourde vécue dans le contexte de la PMA. Comme si les femmes pouvaient vivre à répétition une forme d'effraction rendue légitime par le contexte au sein duquel elle a lieu. Ces dimensions psychiques inhérentes aux traitements et potentiellement fragilisantes courent le risque d'être passées sous silence. En effet, il semble devenir aisé de rationaliser ces vécus en justifiant leur pertinence dans le cadre du processus de PMA. Autrement dit, le fait que la fin justifie les moyens contribue peut-être à la difficulté d'exprimer, voire de dénoncer ces dimensions troublantes de l'expérience

médicale en PMA. Celles-ci ne sont pourtant pas moins palpables à travers les récits des femmes qui rendent compte d'une intimité bafouée.

5.3.3 Du corps à soi, de près ou de loin

Le corps s'énonce à travers les différentes figures du ventre dans le récit des femmes, puis par un rapport particulier à la médecine. Le rapport au corps de chaque femme vient également prendre une trame plus personnelle, dans le rapport à soi. En effet, une oscillation se dessine entre l'investigation (observer les signes, devenir très sensible à ceux-ci) et l'habitation du corps (impression de pouvoir ressentir et éprouver les signaux du corps). Par ailleurs, il semble que cette dynamique s'inscrit dans un mouvement de distanciation/rapprochement des femmes à leur corps et à elles-mêmes. Soulignons qu'il a été mentionné précédemment dans cette thèse qu'on ne peut jamais parler que d'un corps. Il s'agit toujours du corps de quelqu'un. Lorsqu'une femme me parle de « son corps », cela suppose déjà une scission entre le corps et l'être, ou alors la distinction entre les différents visages du corps (celui que l'on a, et celui que l'on est). C'est ce qui m'a permis de constater un mouvement de distanciation puis de rapprochement du corps chez les femmes que j'ai rencontrées, comme si un chemin se faisait du corps jusqu'à soi. Le corps est d'abord dissocié de l'être, éloigné, puis réapproprié ensuite. Les traitements médicaux à répétition semblent avoir eu un rôle à jouer en ce sens. En s'adressant au corps objet, les traitements agissent sur la dimension biologique du corps, mettant celle-ci à l'écart de la femme qui l'incarne. Cette scission vient s'inscrire dans un contexte particulier. D'abord, plus globalement, l'un des enjeux majeurs de l'existence est une forme de non-coïncidence à soi. Ensuite, la femme qui a recours à la PMA vit déjà une non-coïncidence entre son désir (d'avoir un enfant) et l'incarnation de ce désir dans son corps (elle ne devient pas enceinte). Ceci peut déjà contribuer à un sentiment de distanciation du corps et de l'être. Les traitements effectués sur le corps à multiples

reprises peuvent venir accentuer cette dissociation du corps. De manière plus propre à la PMA, il semble que ces traitements viennent renforcer et répéter douloureusement la non-coïncidence avec soi des femmes. Déjà blessées de ne pouvoir concevoir un enfant alors qu'elles le souhaitent, elles se tournent vers des traitements qui viennent creuser un fossé entre le corps et l'être. Peut-être y a-t-il là l'expression d'un irréconciliable, celui de souhaiter si fort un enfant et de ne pas le sentir grandir dans son ventre. Cette distanciation apparaît dans la manière des femmes de se raconter, notamment en parlant de « leur corps » comme s'il s'agissait de quelque chose d'extérieur à elles.

Peut-être est-ce à cette mise à distance, expression de l'irréconciliable, qu'elles tentent de répondre par les tentatives de « se rapprocher » de leur corps. Rappelons-nous par exemple Véronique qui disait ressentir une certaine fierté de pouvoir ressentir son ovulation. Elle m'a raconté qu'avec la multiplication des traitements, elle en était venue à être plus « à l'écoute » de son corps, ce qui lui aurait donné l'impression de « s'en rapprocher ». Elle nomme également certains signes avant-coureurs qui avaient l'habitude de l'aiguiller sur une éventuelle grossesse, ou sur la venue des menstruations. Pour Sophie, c'est par l'échographie qu'elle dit s'être sentie au plus près de son corps. La technologie, lui permettant de voir l'intérieur de son corps, lui aurait donné un accès privilégié à elle-même et aurait augmenté, selon ce qu'elle raconte, son sentiment d'être « proche de son corps ». Virginie rapporte également avoir développé, par les traitements, une écoute particulière de son corps. Cela est présenté comme un besoin de prendre soin d'elle-même en étant sensible à ce dont son corps avait besoin (repos, exercice, alimentation particulière). D'une part, l'on constate donc un rapport au corps sur le mode de l'investigation lorsqu'il s'agit d'observer et d'interpréter les signaux qu'il envoie. D'autre part, le rapport au corps s'incarne plutôt dans le fait d'habiter son corps, soit de développer une sensibilité au

vécu du corps, ou à travers le fait de pouvoir ressentir ce qui se donne à vivre dans le corps. Dans les deux cas, il y a une attention portée à. Or dans le premier cas, l'accent semble être mis sur une analyse des signaux observables du corps, plaçant la femme dans une posture extérieure à elle-même, comme si elle devait s'observer de l'extérieur dans le but de trouver une réponse ou d'atteindre un certain état (ovulation, grossesse, etc.). Dans le second cas, la description porte plutôt sur l'acte de ressentir de l'intérieur, peut-être dans la quête de se rapprocher d'une coïncidence à soi-même.

Paradoxalement, il semble ici que l'expérience médicale qui induit ou semble induire une force de séparation du corps et de l'être puisse permettre de développer une conscience plus élargie ou plus sensible de l'expérience du corps. Cela se développe-t-il en réponse à la division initiale? Ce qui semble décrit comme une habitation du corps est-il en fait la marque du rapport d'investigation au corps installé par les traitements médicaux répétés? Mes réflexions à cet égard seront partagées de façon plus extensive dans la discussion de cette thèse. Nous pouvons toutefois avancer qu'une part de l'expérience subjective des femmes semble résister aux traitements multiples effectués sur le corps objet. En effet, il semble que quelque chose les ramène à elles-mêmes, par leur corps duquel elles ont le sentiment de « se rapprocher ». Comme si le fait de se sentir plus à l'écoute de leur corps permettait le développement d'une plus grande proximité avec elles-mêmes et leur expérience incarnée. L'écart entre les différents statuts du corps (corps objet/corps sujet) s'en trouve ainsi diminué tout en sachant qu'une coïncidence parfaite serait impossible. Cette oscillation entre l'investigation et l'habitation du corps peut également caractériser l'expérience de la maladie. La spécificité du contexte de la PMA se situe peut-être ici en ce qu'il met en scène le corps féminin, avec son système reproducteur et les organes qui le caractérisent et la symbolique associée à leurs potentialités. C'est avec ces régions de leur corps et les imaginaires que cela peut venir soulever que les

femmes sont appelées à entrer en contact sous le mode décrit ci-dessus (dissociation/rapprochement). Par exemple, Véronique parle de sa capacité nouvelle à « ressentir » son cycle menstruel (ovulation, quand les règles arriveront-elles). Éva nous a également raconté « sentir son ovulation ». Virginie nous dit avoir pu comparer les douleurs ressenties lors de sa torsion ovarienne à sa représentation des douleurs des contractions lors d'un accouchement.

Nous avons donc vu que le rapport au corps se révélant par le récit des femmes est pluriel. D'abord, le ventre, comme une métonymie du parcours, est dépeint sous de multiples figures qui viennent mettre en lumière certains enjeux vécus par les femmes (blessure, vide, oppression puis besoin de protection ou de soins). Ensuite, les récits du corps viennent illustrer un rapport particulier à la médecine où le corps se trouve à la fois percé et transparent, témoignage d'un vécu pouvant valser entre intrusion et transgression. Enfin, les femmes tendent à parler de leur corps comme d'un élément presque extérieur à elles, comme quelque chose qui se trouve mis à distance par les traitements, mais qu'elles peuvent paradoxalement ensuite se réapproprier, ou du moins se rapprocher. Le corps devient alors ce par quoi elles se racontent, ce par quoi peut s'entreprendre la quête de sens de ce parcours qu'elles traversent. Si cette quête de sens semble prendre le chemin du corps de façon marquée, peut-être est-ce parce que c'est justement sur la scène du corps que quelque chose se joue lors des traitements. À un autre niveau, le récit s'élabore possiblement depuis le lieu où l'enfant ne vient pas s'inscrire.

5.4 Rencontre avec une limite, rencontre avec soi : penser l'arrêt des traitements de PMA

L'un des éléments principaux de cette recherche doctorale est la question de l'arrêt des traitements de procréation assistée suivant la multiplication d'échecs. Autrement dit, je me suis intéressée aux enjeux liés à la prise de décision entourant l'arrêt des traitements lorsque celui-ci suppose une vie sans enfant. Cette question m'interpellait spécifiquement chez des femmes engagées depuis plusieurs cycles dans des traitements de FIV et pour qui cesser les traitements signifiait de quitter un processus investi depuis plusieurs années. Dès le départ, la question de l'arrêt des traitements a été réfléchi sous l'angle conceptuel de la « limite », au sens existentiel du terme. Le sous-objectif de la recherche s'énonçait donc comme suit : mieux comprendre le rapport à la limite quant à la décision d'arrêter les traitements. Les entretiens avec les femmes et la posture de chacune d'elle face à cette question m'ont obligée à prendre un pas de recul et à retracer le chemin qui m'avait menée à réfléchir ce thème sous l'angle de la limite. Ce segment de la thèse vise donc à élaborer ma compréhension des enjeux liés à la décision d'arrêter les traitements de PMA en présentant les différents enjeux que l'analyse des récits des femmes m'aura permis de dégager. Le premier élément saillant est celui des différentes significations qu'a pu prendre le fait de « cesser les traitements » pour chacune des femmes. Autrement dit, il semble qu'elles aient interprété ce thème central à la recherche de façons différentes, dévoilant différents visages de l'arrêt (fin définitive, pause temporaire, continuité dans l'imaginaire). Le second élément m'est apparu comme étant celui de la rencontre d'une limite qui semble s'être imposée pour les femmes comme la nécessité criante de prendre un temps d'arrêt des traitements. Si cette limite semble se donner à sentir de l'intérieur comme un « c'est assez » ou « je n'en peux plus », elle trouve parfois (même souvent) un appui dans la réalité externe (limite financière, physique, médicale, conjugale, personnelle). De là se prend la décision de cesser les traitements. Ce qui nous mène au second élément qui est celui des différents visages de l'arrêt

(pause, fin définitive, continuité dans l'imaginaire). Enfin, et nonobstant les significations distinctes données à l'arrêt des traitements, il semble que les femmes aient été confrontées à un vécu de solitude à travers le processus décisionnel ayant mené à mettre un terme au processus de PMA. Finalement, penser l'arrêt des traitements de PMA mène inévitablement à faire le deuil de porter et de donner naissance à l'enfant désiré, et possiblement à celui de devenir mère. Ce processus de deuil semble s'ancrer dans un trou identitaire laissé par l'absence de l'enfant et de la maternité (une identité définie par le manque/ne pas être mère), ce qui mène les femmes à devoir porter la décision d'arrêter les traitements à un niveau identitaire et social en ce sens où la non-maternité semble se révéler comme une identité à porter pour soi et pour l'autre.

5.4.1 Les visages de l'arrêt ou ce que « cesser les traitements » veut dire

Les femmes ayant pris part à cette recherche ont donc toutes en commun d'avoir pris la décision de cesser les traitements. Les entretiens ont toutefois permis de mettre en lumière que le fait de « cesser les traitements » pouvait être porteur d'une signification bien différente pour chacune des femmes. L'idée de départ était d'interroger un arrêt que je supposais a priori comme définitif. Or il se trouve que deux des cinq femmes rencontrées ne semblaient pas avoir interprété l'arrêt de cette manière. Pour Éva, j'ai rapidement constaté que son conjoint et elle avaient décidé de prendre une pause avec le projet de tenter un nouveau cycle dans quelques mois. Pour Virginie, l'arrêt durait depuis deux ans, mais sa manière de parler de la PMA me semblait très actuelle. Elle parlait en effet de son processus tantôt au passé, tantôt au présent, et me nommait clairement la possibilité bien vivante d'y retourner tout en soulevant une remise en question de cette possibilité. Ainsi, pour ces deux participantes, il était beaucoup moins clair que cesser les traitements relevait d'une décision finale et projetée dans l'avenir. Cela a d'abord été interprété comme une forme d'ambivalence vis-à-vis de la fin des traitements ou comme comme une

difficulté à « porter » la limite. À ce point-ci, il m'est apparu nécessaire de faire un pas en arrière et de constater que cela vient également parler de ce que peut signifier pour chaque femme l'idée même d'un arrêt. Enfin, le fait que l'arrêt des traitements puisse prendre plusieurs significations est apparu après que les femmes aient été intégrées à la recherche. Donc elles correspondaient a priori aux critères (dont celui d'avoir cessé les traitements) et c'est dans le récit que cette référence est apparue.

Les diverses significations que peuvent prendre « cesser les traitements » peuvent être comprises comme différents visages de l'arrêt des traitements. Prendre la décision de ne plus poursuivre les démarches en PMA peut donc se présenter comme une fin (lorsque compris comme un arrêt définitif), comme une pause (lorsque les traitements sont interrompus dans le but de reprendre plus tard), ou alors comme un écueil à contourner (lorsque l'arrêt suppose une continuité dans l'imaginaire). Notons par ailleurs que ces visages peuvent se présenter en alternance ou de façon simultanée au sein de l'expérience d'une même femme, ce qui contribue évidemment à nourrir la complexité de l'expérience. Dans son premier versant, l'arrêt apparaît en effet comme une fin, c'est-à-dire comme un arrêt définitif. Pensons à Véronique qui disait d'emblée avoir pris la décision de se tourner vers une vie sans enfant et pour qui le fait de cesser ne supposait pas d'envisager de retourner en PMA. Son parcours s'est par la suite orienté vers l'appropriation de sa vie comme femme sans enfant. Pensons également à Nina qui composait avec le choix d'un arrêt définitif et qui a abordé au moment de l'entretien le processus de deuil inhérent à ce choix. Il y donc l'idée d'un arrêt des traitements qui implique une fin sans poursuite de la PMA et qui a semblé, dans le cadre de nos entretiens, trouver son corolaire dans la question de la vie sans enfant. Le second visage de l'arrêt est plutôt celui d'une pause temporaire. Pour les femmes interpellées de cette manière, il s'agit de cesser les traitements un moment avec le projet ou l'idée d'y retourner éventuellement, ou dans un avenir proche. Par

exemple, Éva semblait avoir l'idée assez concrète de tenter un cycle supplémentaire de FIV et souhaitait attendre un mois ou deux avant de s'engager dans ce prochain cycle. La pause peut se présenter d'une manière plus subtile ou moins certaine alors qu'elle n'est pas « nommée » ainsi, mais que l'idée de reprendre apparaît de temps à autre dans la narration. Pensons ici à Virginie qui disait avoir arrêté, mais pour qui les évocations d'une poursuite des démarches de PMA demeuraient présentes dans le récit. Mais rappelons-nous également Nina qui se disait consciente d'être possiblement habitée par la « tentation » de retourner en PMA, bien qu'elle dit par ailleurs assumer sa décision d'arrêter. Ce qu'elle soulevait ici est sans doute le conflit entre les différentes avenues possibles. Enfin, la décision d'arrêter les traitements peut se présenter sous le visage d'un écueil à éviter à tout prix. Dans ce cas, l'idée même ne semble pas pouvoir se faire une place dans la pensée des femmes, ou alors il ne faut pas en parler. Cette figure de l'arrêt semble plus rarement se donner à voir d'emblée dans le discours. Elle est plutôt dissimulée sous d'autres propos ou encore derrière un évitement de la question. Par exemple, pour Éva il semblait extrêmement difficile de parler de l'arrêt des traitements. Ce thème était souvent contourné, et la conversation amenée ailleurs. Pour Virginie, la description de l'idée d'aller « jusqu'au bout » dans le processus laissait entendre que le bout était quasi inaccessible et que peut-être n'y avait-il rien de tel dans son imaginaire.

« Cesser les traitements », expression qui m'apparaissait au départ comme un énoncé univoque, est en fait un propos aux figures multiples et présentant une complexité de laquelle il semble impossible de faire l'économie. Les femmes ayant pris part à cette recherche ont permis ici de mettre en saillance que la décision d'arrêter les traitements ne se présente pas sous la forme d'une question à laquelle on répond par l'affirmative ou la négative. Si le résultat du processus décisionnel peut être plus ou moins clair et appliqué par une action conséquente, il n'en demeure pas moins que le

vécu intérieur donne accès à des zones tantôt troubles, tantôt limpides, et dont le mouvement se révèle à travers ce que les femmes disent sur et entre les lignes de leur récit. Soulignons enfin que pour les femmes souffrant d'infertilité, la procréation assistée s'avère peut-être la seule possibilité de porter leur propre enfant. Renoncer à cette possibilité semble impliquer un processus de deuil (dont nous traiterons plus en profondeur un peu plus bas dans ce chapitre). En même temps, les démarches en PMA sont nourries du désir de mettre au monde un enfant qui ne pourra s'actualiser de cette manière. Peut-être est-ce ce qui rend l'idée de la fin si difficile à concevoir. La complexité du processus semble à la fois illustrée et nourrie des différents visages de l'arrêt, c'est-à-dire celui d'une fin définitive, celui d'une pause qui sous-entend une possibilité future de nouvelle tentative, et celui d'un écueil qu'il faut contourner faute de sombrer dans une souffrance potentiellement insoutenable, comme si tous ces éléments étaient convoqués à la fois. Ces différents versants de la fin s'enchevêtrent ainsi au sein du vécu des femmes dans un mouvement qui pourrait ressembler à ces différents vœux : « je n'en peux plus de ces traitements, je cesse pour de bon », « j'ai besoin d'une pause, j'y retournerai », « je ne veux pas cesser les traitements, je veux à tout prix que cela fonctionne ». Ainsi, la première étape d'une compréhension de la fin des traitements de PMA est peut-être la reconnaissance et l'élaboration de la diversité de sens que peut soulever cette question. C'est que j'ai tenté de faire ici. Je m'attarderai maintenant plus en profondeur sur l'expérience de la prise de décision d'arrêter les traitements ainsi que de l'action qui s'ensuit, soit le fait de ne plus avoir recours à la PMA.

5.4.2 Lorsqu'un temps d'arrêt s'impose : limite et solitude

Comme présenté ci-dessus, l'arrêt peut donc prendre différents visages. Néanmoins, les femmes ayant participé à cette recherche ont tour à tour rencontré un moment où la décision s'est prise de cesser les traitements (avec l'idée de reprendre ou non). Il

s'agira donc ici de présenter plus spécifiquement les enjeux soulevés par cet arrêt. Tel que l'indique le titre de cette sous-section, il semble en effet qu'un temps d'arrêt s'impose, c'est-à-dire que pour chacune des femmes, l'arrêt des traitements semble s'être présenté presque comme une nécessité à un moment ou à un autre et comme venant à la fois de l'extérieur et du dedans de soi. Plusieurs éléments viennent caractériser cette interruption du parcours en PMA. D'abord, il semble qu'au-delà des considérations externes, médicales, financières, techniques, l'arrêt se présente comme la rencontre d'une limite ressentie et qui s'impose de l'intérieur pour les femmes. Quelque chose comme la rencontre d'un « c'est assez » qui semble surgir dans l'expérience des femmes, un peu comme la rencontre d'une limite de soi ou d'une limite en soi. Ensuite, il semble que cette limite interne rencontrée doive trouver un appui dans le réel externe. Cet appui peut être une sorte de cri du corps comme cela semble avoir été le cas pour Nina par exemple, ou pour Virginie, dans une autre mesure, qui souhaitait permettre à son corps de se « reposer ». Ici le corps est vécu comme un lieu d'appui pour dire non. Cet appui externe peut être d'un autre ordre. Prenons par exemple le « burn out » de Véronique, qui vivait déjà les traitements de PMA difficilement, mais pour qui l'élément ayant permis la décision d'arrêter a été ressenti par un manque de motivation et de concentration au travail. Ces exemples viennent illustrer que des motifs inscrits dans la réalité externe viennent donner un appui à quelque chose qui semble déjà préexistant chez les femmes, soit le besoin de s'arrêter. Notons ensuite que cette limite ressentie de l'intérieur et qui semble chercher à trouver un appui dans le réel extérieur ne coïncide pas forcément avec la limite projetée au début des traitements. Comme si cette limite ne pouvait s'anticiper au départ et venait donc ébranler la trajectoire envisagée. Rappelons-nous Virginie qui disait : « Moi au début, c'était jusqu'à ce que mort s'ensuive ». En quelque sorte, elle s'était imaginé pouvoir continuer jusqu'au bout, ou jusqu'à ce que cela fonctionne. Puis s'est fait sentir quelque chose de l'ordre d'un « c'est assez, je n'en peux plus ». Ce que j'appelle ici la « limite intérieure » semble être une sorte d'exigence d'arrêt qui relève de ce qu'il est possible ou non de supporter pour chaque

femme. Bien que cela semble s'imposer, cela ne semble pas se faire sans une forme de tiraillement intérieur, de conflictualité. Là où les différents désirs s'entrecroisent et même se battent (désir de poursuivre les traitements, de les arrêter, d'avoir un enfant, de vivre une grossesse, de vivre sans enfant, etc.), la difficulté semble d'autant plus grande de trancher et de faire un choix pour soi-même. Donc le temps et la limite se conjuguent. La limite est différente selon les moments du parcours.

En ce sens, la difficulté de prendre cette décision a été dépeinte par les femmes comme une expérience de solitude. Tour à tour, elles m'ont dit s'être senties seules à travers ce processus. Seule par rapport au conjoint, par exemple lorsque ce dernier souhaitait respecter leur désir en lui disant que c'était « sa décision à elle » de poursuivre ou non, ou lorsque le partage de la tristesse ne semblait pas possible avec lui. Seule par rapport à l'équipe médicale qui encourage la poursuite et qui se veut porteuse d'espoir en proposant de nouvelles avenues de traitements. Seule par rapport aux autres femmes qui sont mères. Seule contre la « communauté des femmes infertiles » de qui par exemple Virginie m'a dit avoir ressenti une certaine pression à continuer. Seule contre la norme sociale qui semble attendre d'une femme d'un certain âge qu'elle soit mère. Nous avons ici affaire à une solitude par rapport à et une solitude contre. La première renvoie davantage à un vécu d'exclusion ressenti par les femmes ou alors d'abandon, être seule comme dans ne pas appartenir à, ou ne pas pouvoir se sentir ensemble ou avec. La seconde réfère plutôt à la figure du combat où il faut, seule, se défendre, s'affirmer, élever sa voix contre ce qui tente de l'étouffer. Ce qui vient ici se jouer sur la scène conjugale, médicale, sociale et collective est peut-être également le reflet du combat ayant lieu sur la scène interne chez les femmes. Une bataille semble avoir lieu entre les différents désirs et un je qui doit s'élever, prendre sa place et faire entendre que cela est assez. Ainsi, ce choix, cette décision de cesser les traitements peuvent venir éveiller un vécu intime et ainsi

soulever un sentiment de solitude accru et accentué par la solitude vécue aux différents points de vue relationnels dans la réalité. Enfin, et à un autre niveau, cette expérience peut également être marquée d'un vécu de solitude vis-à-vis de l'enfant désiré qui ne vient pas. La femme se retrouve seule, c'est-à-dire sans enfant. C'est plus précisément de cet enjeu qu'il sera question dans la section suivante.

5.4.3 Du deuil de l'enfant jamais conçu à celui de la mère non advenue

Jusqu'ici, nous avons pu prendre conscience des différentes figures que peut prendre l'arrêt des traitements. Nous avons également vu que la décision de cesser semblait provenir de la rencontre avec une sorte de limite intérieure ressentie par les femmes, limite qui peut s'appuyer sur un élément extérieur permettant peut-être de supporter le sentiment de solitude vécu par les femmes au cours du processus menant à la décision d'arrêter. Enfin, la question de la fin des traitements en PMA semble venir de pair avec celle de la possibilité d'une vie sans enfant. Ce qui semble saillant est le processus de deuil qui s'élabore à différents niveaux : deuil de la possibilité de porter son propre enfant (la grossesse demeure une possibilité du corps non expérimentée), deuil de l'enfant désiré (ne pas avoir d'enfant) et deuil de la maternité (ne pas être mère). C'est du point de vue identitaire que ces trois éléments semblent converger, comme si la question de l'arrêt des traitements poussait les femmes à un remaniement de leur identité propre. Si toute crise comporte un ébranlement identitaire, la spécificité de l'expérience de l'échec de la PMA est peut-être qu'elle semble soulever une redéfinition identitaire s'articulant par la négative, c'est-à-dire par le fait de « ne pas être » mère, ou de « ne pas avoir » d'enfant. Ce que ce processus vient interroger ici est peut-être ceci : comment porter pour soi-même et socialement une identité qui de prime abord semble se concevoir à partir de ce que l'on n'est pas ou de ce qui manque.

Il semble que la possibilité de ne pas avoir d'enfant ait conduit les femmes que j'ai rencontrées à la rencontre de leur finitude dont deux plans ont été mis en lumière. D'une part, elles font face à l'impossibilité de laisser leur trace par la transmission à un enfant qu'elles auraient mis au monde. D'autre part, elles rencontrent une forme de solitude projetée dans le temps liée à la vieillesse (vieillir et mourir seule). Ceci résonne peut-être aussi dans le fait de ne pouvoir « se poursuivre » au-delà de la mort fantasmatiquement en mettant au monde un enfant qui peut leur survivre et donc poursuivre leur vie après leur mort, pour ainsi dire. Pensons à Véronique qui a soulevé cette question notamment en parlant de sa crainte de vieillir seule et en soulignant qu'elle et son conjoint étaient les uniques enfants de leurs parents respectifs. Pensons également à Éva qui a parlé amplement de ses expériences avec d'autres enfants et pour qui la souffrance du deuil d'un enfant semblait ravivée par l'impossibilité de ne pouvoir prendre soin de son propre enfant.

Le deuil de l'enfant semble rejoindre celui de devenir mère. Pour les femmes ayant pris part à cette recherche, ceci s'est articulé autour de la question identitaire d'être une femme sans enfant et de la place que celle-ci peut prendre socialement. Comme mentionné plus haut, cette identité semble s'articuler autour de « ne pas être » mère, alors que la souffrance soulevée par ce deuil vient prendre toute la place au cœur de qui sont les femmes concernées. Soulignons par ailleurs que cette identité est à construire et à porter pour elles-mêmes, puis pour l'autre, c'est-à-dire socialement, dans un collectif où la maternité prend une place fort importante. Ce processus identitaire qui s'élabore autour d'un travail de deuil autant que de construction de soi demande de se rencontrer autrement, et semble avoir mené les femmes que j'ai rencontrées à vouloir inscrire quelque part les traces de celle qu'elles sont, de celle

qu'elles deviennent, de celle qu'elles ont espéré être, et de celle qu'elles ne seront pas. Peut-être est-ce entre autres ce à quoi cette recherche a pu répondre pour elles, où ce qu'elles sont venues y chercher. En occupant ce lieu de parole pour se raconter être mère, ne pas être mère, pour se raconter essayer, renoncer, peut-être sont-elles venues déposer quelque chose en même temps que tenter d'enraciner cette partie de leur histoire pour mieux y poser leur regard par la suite. Le travail de mise en parole, de mise en sens, semble avoir été important pour chacune d'elles. Ceci m'apparaît comme un témoignage de la nécessité d'élaborer cette expérience afin d'espérer pallier au trou laissé dans leur histoire par l'enfant non conçu et la mère qu'elles ne deviendront peut-être pas.

5.5 Conclusion

Ce chapitre s'est élaboré en réponse aux objectifs de recherche préalablement établis dans le cadre de cette thèse doctorale. L'objectif principal était de mieux comprendre l'expérience des femmes ayant fait plusieurs traitements de fécondation in vitro et desquels aucun enfant n'a été issu. Plus spécifiquement, il s'agissait de mieux comprendre (1) le rapport au corps et au féminin à travers les traitements de PMA et l'échec de ceux-ci (2) le rapport à la limite notamment quant à la décision de cesser les traitements (3) le besoin de mise en récit notamment à travers l'exploration de blogues et les entretiens auprès de femmes rencontrées dans le cadre de la recherche. Les thèmes du féminin et du besoin de mise en récit feront l'objet d'une réflexion plus extensive dans le chapitre suivant, soit la discussion de cette thèse.

Dans le présent chapitre, nous avons pu mettre en lumière l'émergence d'une thématique centrale et non appréhendée initialement, celle de la temporalité. Nous avons pu dégager deux éléments marquants le rapport au temps des femmes en PMA. D'abord un double mouvement entre une forme de condensation autour d'un présent « figé » puis les aller-retour constants vers un futur sous-tendue par le désir de mettre au monde un enfant, puis vers un passé qui refait surface dans le récit des femmes. Nous avons vu que le futur semblait interrompu par l'impossibilité de concevoir un enfant. Cela semblait amener les femmes à une perte d'horizon des possibles et à une cristallisation du présent, les menant également à revisiter leur passé qui se donnait en retour à travers l'impossibilité d'actualiser leur désir. Ce premier aspect a été élaboré sous le signe d'un tissage temporel entre les différents « temps » que sont le passé, le présent et le futur. Soulignons ici que ce mouvement a toujours lieu d'une certaine façon, car le temps vécu est à la fois présent, passé et futur. Or il semble ici que ce temps est effectivement coïncé dans le présent de la répétition. Et en même temps, il y a toute la convocation et la résonance de leur histoire personnelle. Le second aspect s'est illustré comme une rythmicité propre à la PMA qui semble installer un tempo souvent vécu par les femmes sous le mode de l'urgence. Ce rythme très rapide ne coïncide pas toujours avec ce qui est ressenti par les femmes comme un « besoin de temps ». Ceci mettait en lumière une temporalité de l'affectivité et du désir différente de celles des procédures médicales. Ce rapport au temps semble, dans l'expérience vécue, mener à une difficulté de conjuguer l'urgence au désir d'enfant.

La question de la corporéité a ensuite été abordée relativement à l'expérience des femmes rencontrées. Nous avons pu éclairer trois dimensions particulières du rapport au corps. D'abord la place majeure accordée au ventre dans les récits, mettant en lumière les différentes figures du ventre (blessé, vide, opprimé et à libérer) qui semble apparaître comme une métonymie du parcours en PMA. Le rapport du corps à

la médecine en ensuite été mis en lumière, soulevant une dynamique d'oscillation entre l'intrusion et la transgression mettant en scène un corps tantôt percé et tantôt transparent. Enfin, nous avons pu constater que les femmes nourrissent un rapport au corps marqué à la fois par l'investigation et par l'habitation incarnée du corps, et que la ligne entre ces deux pôles ou ces deux états est parfois très mince. Ce dernier point aura permis de réfléchir à une dynamique de distanciation et de rapprochement vis-à-vis du corps. La mise à distance du corps, autant dans le langage (en parlant de « mon corps ») que dans la pensée (en se représentant le corps comme un objet extérieur à soi) est un enjeu existentiel alors que tout un chacun oscille entre cette distance et l'existence incarnée qui passe par le corps. Cet enjeu prend racine de façon plus marquée pour les femmes dès lors que le corps se dérobe par l'infertilité. Il semble se trouver renforcé par la procréation assistée qui souscrit à une certaine objectivation du corps. Or il a semblé que c'était également par cette voie que les femmes ont pu, parfois, trouver une forme de rapprochement de leur corps, et d'elles-mêmes.

Enfin, la question de l'arrêt des traitements a d'abord été abordée sous l'angle des différents visages de l'arrêt, soit des significations que pouvaient venir prendre « cesser les traitements » pour chacune des femmes. Il semble en effet que ces différents visages soulèvent des enjeux bien différents (arrêter pour toujours, temporairement, ou ne pas arrêter) et viennent témoigner de la complexité de ce choix d'arrêter les traitements. Il a été soulevé que la décision d'arrêter semblait venir d'un vécu intérieur et intime chez chaque femme, au-delà de toute considération externe (bien qu'elle puisse y trouver un appui). En effet, il a semblé que les femmes semblaient rencontrer une limite en elles-mêmes, une limite de soi, un lieu où elles ne pouvaient plus supporter davantage les traitements et devaient s'arrêter. Cette décision d'arrêter implique notamment d'envisager une vie sans enfant, ce qui mène les femmes à vivre un deuil à deux niveaux : celui d'avoir un enfant, et celui de

devenir mère. Ces deuils exigent un remaniement identitaire auquel semblent avoir fait face les femmes rencontrées, devant se questionner sur qui étaient-elles sans enfant, sans être mère.

Pour conclure, la compréhension des enjeux que je propose ici résulte d'un dialogue entre les femmes rencontrées et moi, d'abord lors des entretiens, puis lors du travail de lecture et d'écriture qui a permis l'élaboration des interprétations précédemment présentées. Les grands thèmes du temps, du corps, puis de la fin (l'arrêt des traitements) dans ce que chacun a de spécifique à l'expérience des femmes vivant l'échec de la PMA m'ont servi de piliers pour penser un récit à partir de la parole des femmes puis de ma compréhension de cette parole. Après avoir dialogué avec le récit des femmes, le temps est venu d'ajouter la voix de ceux qui ont déjà pensé les thèmes dont il est question et qui serviront de support à la pensée. Le chapitre suivant vise donc à poursuivre la rencontre entre les éléments présentés au cœur du présent chapitre, la réflexion des auteurs préalablement présentés au début de cette thèse, et mon propre travail de synthèse sur le sujet.

CHAPITRE VI

DISCUSSION

6.1 Introduction

Ce dernier chapitre de la thèse vise la mise en dialogue des éléments à travers lesquels nous avons pu cheminer jusqu'à présent. Je tenterai donc une intégration des récits des femmes avec certains éléments théoriques présentés au premier chapitre, ce dans le but de répondre à l'objectif principal de cette recherche qui est de développer une compréhension existentielle du vécu des femmes ayant reçu plusieurs traitements de fécondation in vitro et desquels aucun enfant n'est issu. Dans le but d'offrir certaines balises à l'élaboration de la discussion, ainsi qu'au lecteur de cette thèse, j'ai choisi d'articuler mes réflexions autour des quatre sous-questions de recherche qu'il convient ici de se ramener en mémoire :

- Comment le rapport au corps et à la féminité s'articulent-ils à l'expérience des femmes ayant reçu des traitements de fécondation in vitro, et ayant décidé de cesser ces traitements?
- Comment s'élabore la décision de cesser les traitements et comment les femmes portent-elles cette décision à la suite de l'arrêt?

- Quel sens revêt, du point de vue des femmes, la mise en récit de l'expérience des traitements de procréation assistée et de leur échec?
- Quels seraient les éléments constitutifs d'un accompagnement qui serait adéquat, aidant et préventif quant aux difficultés psychologiques post-PMA et ce, tout au long des démarches?

Ces questions seront abordées tour à tour sous l'angle de 3 thèmes qu'elles ont su m'inspirer. Ainsi, je présenterai une première proposition selon laquelle le corps (par l'ambiguïté de son mode d'être et à travers la place qu'il occupe au sein du récit des femmes) fait figure d'entrelacs rassemblant des composantes majeures de la vie des femmes. Nous verrons en quoi cela semble caractériser la procréation assistée autant que la vie sans enfant pouvant s'ensuivre et comment nous pouvons entendre le sens que cela fait résonner. La seconde proposition porte sur l'enjeu de la limite, thème que nous serons invités à penser avec la philosophie de l'existence. Une troisième proposition sera ensuite présentée quant à l'enjeu identitaire lié au fait de ne pas être mère et qui semble au cœur de l'expérience des femmes que j'ai rencontrées. J'ai pu dégager différents mouvements à travers lesquels cet enjeu se donne à voir. Ils seront donc présentés ici relativement au sujet de la mise en récit comme dispositif central de l'appropriation d'une telle expérience. Finalement, en guise de conclusion je suggérerai notamment de penser la fonction de la souffrance de ne pas avoir d'enfant au sein de l'identité des femmes que j'ai rencontrées. De là, j'émetts la proposition que d'y faire une place dans le parcours des femmes recevant des traitements infructueux de procréation assistée peut s'avérer une voie possible leur permettant de s'engager dans l'exigeant remaniement identitaire que commande une telle expérience.

6.2 Le corps comme un entrelacs

Le thème du rapport au corps était déjà présent au début du processus de recherche, il figurait parmi les intuitions de départ. Il s'est ensuite imposé comme thème majeur lors de la lecture des blogues, puis lors des entretiens de recherche. À ce point du travail j'ai en tête la première sous-question de recherche qui est la suivante : « Comment le rapport au corps et à la féminité s'articulent-ils à l'expérience des femmes en procréation assistée et ayant cessé les traitements? ». L'idée principale que je souhaite proposer ici est qu'à la lumière des récits des femmes, il semble que le corps se présente tel un entrelacs, c'est-à-dire un lieu où viennent s'enchevêtrer et s'inscrire les différents éléments qui semblent interpellés au long de cette expérience. Il semble être le lieu des nouages qui expriment la complexité de l'expérience en PMA. Cette idée se décline en deux propositions. Tout d'abord, le corps (et les récits du corps) apparaît comme un lieu de croisement de différents rôles, de différents temps et de différents sens. Ensuite, il semble que l'entrelacs puisse symboliser la difficulté du parcours et prendre ainsi la forme d'une corporéité blessée, comme l'emblème d'un parcours dont les marques de la souffrance demeure, tout en venant témoigner de la place majeure accordée à cette trajectoire en PMA au sein de la vie des femmes. Ces éléments, qui se trouvent notamment révélés à travers le rapport au corps, peuvent être étrangers à la femme elle-même qui se trouve peu à peu face à différentes parts de son vécu interne. Cette mise au jour, pour la nommer ainsi, peut par ailleurs se voir actualisée par les interventions médicales, et vient ainsi résonner avec l'un des thèmes présentés dans cette thèse autour du corps percé et du corps transparent. Comme si le dévoilement de l'intérieur du corps pouvait venir symboliser ce qui échappe aux femmes d'elles-mêmes et à quoi elles se trouvent peut-être confrontées durant leur parcours. Enfin, les mouvements narratifs des femmes concernant les éléments soulevés par le rapport au corps viennent peut-être

éclairer ce qui m'est préalablement apparu comme un mouvement de distanciation et de rapprochement vis-à-vis du corps. Regardons maintenant de plus près chacune des propositions.

6.2.1 À la croisée des temps, des rôles et des sens

Au chapitre précédent, certains éléments ont été mis en lumière en ce qui a trait au rapport au corps. Ressortait notamment l'idée que le ventre semblait occuper une place majeure sur le plan physique, mais aussi symbolique par sa représentation du ventre de la femme enceinte et donc du vide laissé par l'enfant qui ne vient pas. Il est également apparu que les traitements médicaux instaurent un rapport au corps pouvant osciller entre l'intrusion et la transgression, et donnant lieu à un vécu du corps comme percé ou comme transparent. Enfin, avait été mis en lumière un mouvement de distanciation et de rapprochement raconté par les femmes vis-à-vis de leur corps. Avec ces éléments en toile de fond, et en revenant aux écrits de Merleau-Ponty sur le corps comme vecteur de l'être-au-monde, il m'a semblé que le corps était peut-être ce par quoi, entre autres, les femmes se trouvaient à la croisée des temps (un temps ancien, passé – l'enfance -, un actuel et un futur projeté), à la croisée des rôles (fille, femme, mère), puis à la croisée des sens (les multiples significations possibles de leur expérience).

Rappelons ici la complexité de parler du corps comme un objet en lui-même (Le Breton, 2010). En effet, le corps n'est jamais « qu'un corps ». Il est fondamentalement lié à l'être et ne peut se réduire à une seule et unique dimension de chose. Si nous parlons du corps dans le cadre de ce travail, c'est en ayant toujours en tête qu'il constitue ce par quoi le sujet habite le monde. En ce sens, le corps incarne les liens inéluctables entre le sujet et le monde au sein duquel il se déploie. Or, les femmes que j'ai rencontrées m'ont abondamment parlé de « leur corps », opérant

elles-mêmes cette mise à distance, et plus particulièrement du corps ayant subi les traitements de procréation assistée. Si cela a pu me donner l'impression d'être constamment ramenée au corps, pour ainsi dire, il m'a également semblé qu'à l'inverse, le corps amenait toujours vers un horizon autre que celui de sa dimension purement biologique. Cette intuition peut être appuyée par la pensée de Merleau-Ponty :

(...) même coupé du circuit de l'existence, le corps ne retombe jamais tout à fait sur lui-même. Même si je m'absorbe dans l'épreuve de mon corps et dans la solitude des sensations, je n'arrive pas à supprimer toute référence de ma vie à un monde (...). Je ne deviens jamais tout à fait une chose dans le monde, il me manque toujours la plénitude de l'existence comme chose, ma propre substance s'enfuit de moi par l'intérieur et quelque intention se dessine toujours (Merleau-Ponty, 1945, p.203).

L'auteur ici réfère notamment à l'exemple de la maladie pouvant enfermer le sujet sur lui-même, ou donner l'impression d'être ramené presque uniquement à l'épreuve du corps. Il souligne simultanément que ce n'est jamais qu'un corps qui est affecté, mais bien l'ensemble de l'être de la personne. Paradoxalement, la place occupée par le corps au sein du récit des femmes et la répétition des traitements de procréation semblent portées presque uniquement sur le corps objet. Or, pour les femmes, ce qui est en jeu se trouve également ailleurs. Le corps est traité, et potentiellement vécu comme défaillant, et à travers lui c'est toute une histoire qui est éveillée : par exemple, le fait de ne pas devenir mère, les deuils répétés des traitements infructueux, les vécus de douleur du corps qui sont souvent accompagnés ou appuyés par les difficultés affectives soulevées par cette expérience. Pour le dire autrement, une très grande attention est portée à la dimension biologique du corps et toute une surveillance très concrète du corps, de ses fluides, des gamètes (par l'équipe médicale, mais également par les femmes elles-mêmes qui semblent adopter cette posture notamment en parlant

beaucoup de « leur corps »). Cela semble à la fois révéler et poser un voile sur les ramifications de l'expérience des femmes qui sont impliquées, c'est-à-dire sur toutes les strates d'expérience qui sont engagées dans ce parcours. En effet, l'attention ainsi portée au corps objet attire tous les regards et traitements sur lui, laissant peu d'espace pour aborder les enjeux sous-jacents de l'expérience (souffrance psychique, vécus affectifs, etc.). Or cette grande attention portée au corps objet, souvent au détriment d'autres dimensions de l'expérience, est peut-être justement le signe d'une souffrance qui se vit à un autre niveau. La place importante accordée au corps biologique dans les parcours (au niveau des traitements, mais aussi dans le récit qu'en font les femmes) vient à la fois révéler et poser un voile sur la souffrance qui se vit à un niveau sous-jacent et qui est peut-être d'autant plus accrue qu'elle trouve peu de lieux pour se dire. C'est un peu comme si le corps objet venait faire écran à l'expérience affective en dissimulant celle-ci derrière l'élément plus directement observable et manipulable.

En effet, le corps peut apparaître tel un lieu où s'enchevêtrent différents niveaux de l'expérience, voire de l'existence. En s'appuyant à nouveau sur la pensée de Merleau-Ponty, peut-être est-il possible d'avancer que les traitements de procréation assistée viennent accentuer la non-concordance entre le corps objet et le corps sujet, soit le corps que j'ai et le corps que je suis. Effectivement, la corporéité se définit par cette oscillation constante entre ces deux pôles du rapport au corps (Merleau-Ponty, 1945). La santé permet à l'humain une sorte d'oubli de son corps que la maladie vient ébranler en faisant notamment ressentir une partie du corps plus fortement. C'est ce que vient notamment illustrer Van den Berg (2007) dans son essai phénoménologique sur l'alitement. La maladie vient bousculer l'équilibre et provoque une forme de

distanciation d'avec le corps, un « devenir étranger du corps » (Van den Berg, 2007). Ceci peut rendre le corps objet d'autant plus présent que quelque chose en lui fait défaut, tout en venant troubler le rapport au monde du sujet. Selon Merleau-Ponty (1945), le corps apparaît lorsqu'il fait obstacle. Pour les femmes qui reçoivent des traitements de procréation assistée, c'est de leur être « désirant porter la vie » et de leur corps qui s'y refuse qu'il s'agit. Un corps dont les organes reproducteurs sont mis au centre de traitements tout en n'y répondant pas. Par ailleurs, les effets secondaires des traitements hormonaux décrits par les femmes se donnent à sentir dans le corps et ont des répercussions concrètes sur celui-ci. Par exemple, elles ressentent de manière palpable les crampes abdominales, les nausées, la fatigue, etc. Quelque chose de l'expérience est donc ramené au corps physique, très concrètement dans la chair, tout en venant créer un profond bouleversement dans la vie des femmes, autant dans leur rapport à elles-mêmes que dans leur rapport au monde. Rappelons-nous Virginia qui se questionnait quant à la poursuite des traitements en disant : « j'ai pas l'goût de me retrouver encore charcutée, sous les projecteurs ». Ou alors Nina qui rapportait avoir eu l'impression que l'équipe médicale était insensible à sa douleur, étant trop occupée à « cultiver le maximum de follicules ». Ce que ces femmes racontent, c'est peut-être la difficulté d'être entendue comme sujet pour qui cette expérience s'avère éprouvante. Peut-être cela vient-il également parler d'une forme d'écrasement vécu par toute la place que prennent les dimensions reliées au corps physique au sein des traitements. Paradoxalement, il semble que cela puisse les conduire à parler elles aussi beaucoup de « leur corps » comme si celui-ci était en quelque sorte dissocié d'elles-mêmes. Mais cette façon de mettre le corps à distance via le langage, par exemple, « j'ai voulu me rapprocher de mon corps », « j'ai écouté mon corps », « mon corps n'en pouvait plus », etc. est peut-être à la fois le signe de l'enjeu vécu autant que celui d'une ouverture possible. Comme le suggère Merleau-Ponty (1945), même sous l'emprise de l'épreuve du corps, ce dernier demeure irréductible à une chose complètement refermée sur elle-même. Ainsi, lorsqu'une femme parle de son corps, il s'agit peut-être d'un appel à entendre quelque chose de

plus large et de plus ouvert. Dans les mots de Merleau-Ponty : « Dire que j'ai un corps est donc une manière de dire que je peux être vu comme un objet et que je cherche à être vu comme sujet, qu'autrui puisse être mon maître ou mon esclave, de sorte que la pudeur et l'impudeur expriment la dialectique de la pluralité des consciences et qu'elles ont bien une signification métaphysique » (Merleau-Ponty, 1945, p.205). Se trouve ici soulignée cette dynamique qui semble se dessiner entre, d'une part, le corps qui fait défaut et, d'autre part, le recours au traitement médical qui tente d'y répondre sans y parvenir. Le corps est la « cause » et le symbole de la souffrance, et le lieu du traitement et de l'espoir, voire de la réalisation possible d'un fantasme.

Le corps se révèle ainsi comme un lieu où s'enchevêtrent différents rôles : celui d'être femme et celui d'être mère, celui de la mère en devenir, puis peut-être aussi celui d'être la fille d'une autre femme. Abordons le premier croisement qu'est celui d'être femme et d'être mère, ou de vouloir devenir mère. Le thème du ventre ayant été relevé à plusieurs reprises lors des entretiens donne à penser quant à la symbolique de cette région du corps qui peut faire voyager entre le ventre rond de la femme enceinte, le ventre vide de la femme qui ne devient pas mère, et le ventre blessé par les traitements et par l'impossibilité de porter la vie. Cela peut-il également éveiller le souvenir inconscient d'avoir été un jour portée dans le ventre d'une autre femme? Ou le souvenir d'avoir été une petite fille qui s'amusait à cacher une poupée sous son chandail, tentant à la fois de comprendre et de s'appropriier le grand mystère de la procréation?

D'un point de vue psychanalytique, les traces inconscientes du sexuel infantile viennent s'inscrire en chaque être et le constituent. Vu sous cet angle, les ramifications symboliques de l'éprouvé corporel des femmes en procréation assistée peuvent éveiller des souvenirs lointains et demeurés bien enfouis. C'est l'histoire du sujet qui est touchée et dont certaines parts se trouvent peut-être ravivées par l'expérience dans l'actuel. Cela peut notamment rappeler la notion de transparence psychique développée par Bydlowski (Bydlowski, 2001) et qui caractérise le psychisme maternel durant la grossesse notamment par la baisse des résistances habituelles face au refoulé et par un surinvestissement de l'histoire personnelle et des conflits infantiles. Freud situe dans l'enfance les racines de certains phénomènes relevant de la vie sexuelle et donne ainsi à l'infantile un rôle primordial dans la sexualité du sujet (Freud, 1910/1987), alors même que cette période charnière de la vie semble échapper à la mémoire. Or il nous dit que « (...) ces impressions que nous avons oubliées n'en ont pas moins laissé les traces les plus profondes dans notre vie psychique et qu'elles sont devenues déterminantes pour tout notre développement ultérieur » (Freud, 1910/1987, p.96). Il rappelle donc un élément qui peut nous sembler paradoxal, à savoir que le sexuel infantile du sujet (déterminant pour la suite de son développement) lui échappe à lui-même (le souvenir n'est pas d'emblée accessible), phénomène qu'il explique en parlant d'amnésie infantile.

Je crois dès lors que l'amnésie infantile, qui fait de l'enfance de chacun une sorte de passé préhistorique et qui lui dissimule les débuts de sa propre vie sexuelle, porte la responsabilité de ce que l'on n'accorde généralement pas d'importance à la période infantile dans le développement de la vie sexuelle (Freud, 1910/1987, p.97).

Ainsi, le développement sexuel infantile passant par les zones érogènes du corps de l'enfant occupe une place centrale chez le sujet et ses répercussions se donnent à vivre tout au long de la vie (Freud, 1910/1987). Les traitements de procréation

assistée ciblent et exposent les organes reproducteurs féminins. Ils actualisent par ailleurs dans le réel des fantasmes originaires inconsciemment inscrits en chacune de nous (Vacquin, 1999). La répétition de ces traitements et l'exposition répétée des régions intimes du corps de la femme peuvent éveiller chez elles les angoisses inhérentes à certains souvenirs ranimés, ou à certains fantasmes, pensons notamment aux fantasmes originaires ou aux angoisses liées à la scène primitive, sans qu'elle puisse pour autant trouver de lieu pour élaborer ce qui se joue pour elle à ce moment (Boissonneault, 2018). Par ailleurs, l'impossibilité de donner corps au désir d'enfant – dans le cas qui nous intéresse – comporte son lot de souffrance puisqu'il s'agit presque de faire le deuil de ce désir si précieux et fondateur de l'enfance : celui de perpétuer les liens dans la continuité transgénérationnelle en mettant au monde un enfant. Ce qui n'a pu se réaliser au jeune âge de la fillette se trouve à nouveau empêché à l'âge adulte dans sa tentative d'actualisation. Il y a également quelque chose de l'Œdipe, l'autre femme restant « la mère », celle qui a eu, elle, un enfant du père. On ne rejoint ni la mère oedipienne ni la mère des origines (Bydlowski, 1997). De cette manière, le corps peut également s'avérer être un lieu de croisement entre différents temps de la vie (l'enfance qui refait surface dans l'actuel et qui s'y mélange), mais également entre différents niveaux de vécus ou de conscience. Quelque chose de similaire tend à se produire dans la grossesse, rappelant notamment la notion de transparence psychique élaborée par Monique Bydlowski (2001). La spécificité de l'expérience de la femme en procréation assistée réside peut-être en la place prépondérante de l'absence de l'enfant au creux du ventre. Les éléments passés et actuels, ainsi que les différentes strates de l'expérience se déploient vers un devenir qui semble caractérisé par ce qui n'advient pas, encourageant donc la nécessité de se redéfinir quant aux enjeux soulevés.

Avec sa théorie de l'image inconsciente du corps, Françoise Dolto (1984) illustre que l'image du corps est inconsciente, et porteuse de l'histoire du sujet. Dans le contexte de la procréation assistée, le fait de s'intéresser à ce qui se joue chez la femme recevant des traitements ouvre peut-être une voie vers la mise en lien de cet événement dans l'actuel avec ce qu'elle a conservé plus ou moins consciemment de sa propre histoire. Puisque l'image du corps est constituée de ces traces (Dolto, 1984), l'élaboration de ce qui se vit sur la scène du corps peut s'avérer une riche ouverture, une possibilité de mettre des mots sur les nombreux agirs que peuvent présenter les traitements. Par exemple, l'exploration de la représentation imaginaire qu'a la femme de son propre corps à travers les traitements peut mener à une compréhension plus étendue des enjeux sous-jacents. Une possibilité de parler et ce faisant, de s'approprier sa propre histoire ainsi que ce qui se déroule à travers l'expérience de la PMA. Rappelons par ailleurs que, pour Dolto (1984), l'image inconsciente du corps est à la fois portée par le schéma corporel et à sa croisée. C'est-à-dire qu'elle se construit à partir de la représentation que l'enfant a de son corps, mais en est distincte puisqu'elle inclut l'histoire du sujet, sa vie émotionnelle, pulsionnelle, érogène. Notons par ailleurs que cette image est inconsciente et qu'elle se constitue notamment par la traversée de castrations qui teintent et organisent l'histoire du sujet. Lorsque le parent « donne la castration » à l'enfant, pour reprendre la formulation de la psychanalyste, il empêche quelque chose à l'enfant, mais lui permet d'évoluer sur la voie symbolique et langagière. Tel qu'il a été présenté dans le chapitre premier de cette thèse, la castration symboligène est souffrante pour l'enfant, mais lui ouvre également un horizon de possibles, lui permettant de vivre son désir, de le parler, et de laisser celui-ci le guider vers le devenir. Selon la pensée de Dolto, les liens se tissent entre désir, corps, et castration, ces dernières étant associées à différentes régions du corps physiologiques, zones érogènes. En s'attardant au récit des femmes les éléments des différentes strates de l'image inconsciente du corps peuvent se dégager donner un appui au travail d'élaboration. En s'appuyant sur la pensée de Françoise Dolto, l'idée d'entendre différemment la manière dont les femmes se

représentent leur corps à l'issue des PMA peut orienter la personne qui les écoute vers une compréhension différente du sens de cette expérience. Autrement dit, quelle (s) castration (s) peut-être laissée en souffrance dans l'histoire du sujet est ou sont ravivée (s) par le ventre blessé par les traitements, ou par le ventre vide? Une curiosité pour ces enjeux inconscients peut éventuellement permettre au clinicien qui accompagne les femmes de prononcer une parole porteuse de sens, tout en entendant la souffrance qui est en jeu. Ainsi, d'un point de vue psychanalytique, le corps peut être ici compris comme un interstice entre différents temps de la vie (l'enfance et l'actuel), sachant toutefois que ces « temps » ne se situent pas forcément dans un ordre séquentiel, chronologique.

En résumé, je propose penser ici le corps comme un entrelacs où se trouvent noués les filages de cette expérience complexe qu'est celle de la répétition des traitements infructueux de PMA. Plus spécifiquement, cette expérience touche à la fois à l'origine, à l'espoir d'un avenir, à la défaillance, et au sexuel. J'ai pu proposer que le corps pouvait se présenter comme un lieu de croisement entre différents rôles occupés ou convoités par les femmes, mais également entre différents temps de la vie. Par la place qu'il occupe au sein du récit des femmes, puis par le sentiment qu'ont rapporté plusieurs de se sentir réduite à leur corps objet, le corps et le discours sur celui-ci mériteraient d'être entendus comme une voix qui vient en fait parler de la femme elle-même et de la multiplicité des aspects de son vécu. Entendre, ou simplement se montrer curieux à ce qui peut bien se dire à travers tout ce que l'on dit sur le corps pourrait offrir un espace où il serait possible, pour la femme elle-même, de se donner accès à sa propre expérience et d'en révéler le sens ou les multiples sens.

6.2.2 Le corps éprouvé par la PMA ou l'emblème d'une corporéité blessée

Si j'ai nommé le corps comme un entrelacs dans la sous-section précédente, c'était en ayant en tête que l'entrelacs, qui se veut une forme de tissage ou d'assemblage de fils noués, désigne également un aspect décoratif comme un ornement. Cette proposition de concevoir ainsi le corps rejoint ce qui m'est apparu comme le symbole d'un parcours éprouvant (décrit souvent comme un parcours de combattant) et dont le corps est l'emblème. L'un des thèmes ressortant de la lecture des blogues était celui du corps portant les marques de ce parcours de guerrière, les cicatrices du combat. Les descriptions détaillées des traces laissées sur le corps semblent donner à ce dernier un statut quasi emblématique.

Encore faut-il rappeler que les marques dont il est question sont décrites sous le signe de la douleur ou de changements à l'apparence présentés comme indésirables (bleus sur le ventre, prise de poids). Puis rappeler également que pour les femmes ayant partagé leur récit, le combat mené ne semble pas avoir eu le résultat escompté : elles n'ont pas eu d'enfant. Leur récit est donc souvent celui d'un corps blessé. Blessé au sens propre par la douleur vécue lors des traitements, puis au sens figuré, car il semble avoir échoué à faire ce que l'on attendait de lui, soit porter un enfant. Quel rapport au corps s'installe donc pour les femmes au terme de ce processus éprouvant et n'aboutissant pas à l'avenue souhaitée? Il semble que les femmes se retrouvent à répétition face à une corporéité blessée. Ou peut-être en fait que la souffrance vécue intérieurement, affectivement, vient trouver une résonance au creux du corps endolori, lourd, et marqué. Rappelons-nous Éva qui disait s'être remise intensément à l'exercice lors de la pause des traitements, ce dans le but de perdre du poids et de retrouver un corps athlétique. Elle parlait notamment de ses amies qui ont des enfants et qui se plaignent de ne pas avoir le temps de s'entraîner puis disait : « J'ai pas d'enfant, mais je vais être en « shape », je vais être « cut »! Cette manière de

réincarner son corps autrement et de lui donner une forme pouvant la rendre fière semblait pour elle une manière de se réapproprier quelque chose, et peut-être aussi de combler l'absence laissée par l'enfant qui ne vient pas.

Pensons aussi à Virginia qui disait avoir « besoin de retrouver son corps ». Elle décrivait un besoin de se reposer et de « donner à son corps ce dont il avait besoin ». Comme si quelque chose de ce corps avait été perdu ou lui avait été volé. Peut-être la possibilité d'habiter son corps, dans un rapport plus incarné? Comme si quelque chose de son être même avait été perdu et qu'elle cherchait à retrouver une fondation de l'existence. Nous pouvons entendre ici une forme de nostalgie de la mère des origines, comme si quelque chose d'un ancrage profond avait été perdu. Rappelons-nous également Nina pour qui le cri de son corps en danger a été le signal d'arrêt du processus. Dans ces deux derniers cas, nous retrouvons quelque chose du corps poussé jusque dans ses derniers retranchements, comme une épreuve qu'il faut mener « jusqu'au bout » sans savoir d'avance ce que cela implique. Le corps, tel un soldat abîmé, revient ensuite des tranchées sans autre médaille que celle d'avoir combattu. Le corps ici, c'est bien entendu la femme, dans son être en entier. Mais la mise à distance du corps dans le récit est peut-être une manière atténuée de parler d'un combat perdu, d'un rapport à soi « bousillé » par les traitements et les épreuves physiques et psychiques inhérentes à ceux-ci. Parler du corps versus parler au « je », vient rendre compte de l'expérience dans une moindre proximité avec soi-même.

Par ailleurs, de l'incapacité à porter la vie naît peut-être pour les femmes le besoin d'une traversée qui affecte directement le corps, mais qui l'engage aussi et contribue peut-être à lui donner vie autrement? Je me suis questionnée sur le sens des récits

détaillés de douleur lors des entretiens. Je me souviens notamment de Virginie qui, me racontant sa torsion ovarienne, me disait avoir mis en pratique les trucs de gestions de la douleur qu'elle donnait aux femmes qu'elle accompagnait à leur accouchement. Elle me racontait les douleurs de la torsion ovarienne et je me suis mise à avoir l'impression qu'elle me racontait la douleur des contractions d'un accouchement. Bien qu'il ne s'agisse évidemment pas du même contexte, l'idée de l'accouchement évoque cette traversée de la douleur intense des contractions et qui peut caractériser, entre autres, le corps féminin. La mère en devenir s'éprouve dans son corps alors qu'elle donne naissance. Les femmes rencontrées m'ont raconté des parcours de traitement qui ont mis le corps à l'épreuve, qui ont exigé d'elles une endurance hors du commun. En insistant dans le récit sur la douleur traversée par le corps et même en traversant une telle épreuve physique, n'y aurait-il pas une tentative de se rallier à quelque chose comme une communauté de femmes qui enfantent ou conçoivent dans la douleur? Comme une actualisation de soi, une initiation à travers l'accouchement, symbole de ce « devenir » mère. Ou formulé autrement, la douleur et le récit de celle-ci joueraient-ils un rôle dans une possible tentative identificatoire à la maternité chez les femmes en mal d'enfant?

Les récits de douleurs et d'épreuve du corps étant plutôt présents chez toutes les femmes rencontrées, je me suis demandé s'il n'y avait pas dans ces expériences intenses du corps une forme de confirmation de quelque chose du maternel. Comme s'il y avait une sorte de sublimation de la souffrance causée par l'impossibilité de porter un enfant. Comme si le commandement judéo-chrétien « tu enfanteras dans la douleur » était récupéré au niveau de la conception : « tu concevras dans la douleur ». Ceci soulève tout un autre imaginaire alors que l'enfant ne vient pas. Comme s'il y avait, sur un plan fantasmatique, un prix à payer pour tenter de devenir mère, un prix à payer pour ce désir et l'espoir nourrit par la PMA. Puis, en même temps, la douleur

est peut-être l'un des éléments qui rallie les mères/mères en devenir dans l'imaginaire et que le fait de subir une telle épreuve du corps pouvait permettre de devenir mère, par identification. Comme si le mythe chrétien était confirmé dans son injonction d'enfanter dans la douleur et que cela s'inscrivait quelque part dans l'inconscient collectif.

Peut-être également que la douleur est le prix à payer pour la transgression que peut présenter, sur un plan fantasmatique, les manipulations médicales de la reproduction (qui « jouent » avec la nature)? Ou alors, sur le plan des fantasmes oedipiens, qui redouble la transgression possible (ou son impossibilité) d'avoir un enfant (fantasmatiquement du père). Quoi qu'il en soit, l'intensité accordée à l'expérience de la douleur semble venir témoigner de la difficulté du parcours, certes, mais soulève peut-être aussi d'autres enjeux : le sens de cette douleur est complexe et de plusieurs plans, la blessure est à l'origine du parcours puis est redoublée par le processus, la douleur est aussi presque le prix à payer autant que la gratification. La douleur semble également se présenter comme une façon d'incarner en éprouvant, en faisant l'épreuve des traitements de procréation. Ces éléments sont en fait des exemples de pistes de réflexion pouvant habiter l'écoute envers les femmes ayant traversé un tel parcours, ce dans le but d'en soutenir la mise en récit et, conséquemment, la mise en sens.

6.3 Penser la limite en procréation médicalement assistée

La question de l'arrêt des traitements se trouve au cœur des questionnements ayant orienté cette recherche. Au départ, je me suis intéressée à cet aspect en le

réfléchissant sous l'angle de la limite. Selon mon intuition initiale, l'arrêt des traitements se présentait comme une limite rencontrée à un certain moment du parcours. Il m'a fallu faire un pas derrière afin de constater que l'arrêt des traitements revêt en fait un sens différent pour chaque femme que j'ai rencontrée. Néanmoins, en puisant des récits des femmes, ainsi que dans les blogues, il m'est apparu que l'expérience en procréation assistée et particulièrement celle de l'arrêt des traitements mettait à l'avant-scène le thème de la limite. Plus spécifiquement, il semble être notamment question d'une limite qui apparaît en cours de processus et qui ne se présente pas forcément comme une option en début de parcours. Cela peut sans doute être relié à l'espoir : il est probablement impossible ou alors très difficile de penser la limite en début de parcours. En effet, comment s'engager dans une trajectoire de soins aussi exigeante en acquiesçant dès le départ à la possibilité d'une fin infructueuse dudit parcours? Or, la question de la limite semble présente tout au long des démarches, ne serait-ce que par la limite du corps (l'infertilité) qui justifie le recours à ces traitements. Par ailleurs, il semble que les femmes rencontrées ont toutes évoqué une limite rencontrée, ressentie de l'intérieur, dans une forme de coïncidence entre un vécu intime de l'ordre d'un « c'est assez », et de situations réelles, extérieures à elles (cri du corps, manque de ressources financières, difficultés conjugales, etc.) L'une des questions soulevées est peut-être la suivante : quelle place pour porter la limite dans les parcours en PMA et que cela signifie-t-il? Cela soulève toutefois l'idée que la limite ne doit peut-être pas être portée ou qu'elle ne peut l'être complètement. Il me semble que la question centrale de tout ce questionnement est toutefois celle-ci : de quelle limite est-il question? S'il peut sembler intuitif de se la représenter comme une ligne clairement tracée, le récit des femmes révèle qu'il en est souvent tout autrement. En ce sens, Thierry Hentsch (2006, p.18) rappelle son caractère insaisissable : « Comme tout rivage, la limite est trompeuse. Facile à voir et impossible à saisir ».

Je souhaite donc ici proposer un point de vue existentiel sur le thème de la limite, en soulignant notamment la difficulté de la penser uniquement comme une frontière définie. Il m'importe également de mettre en lumière que les idées proposées ont émergé des récits des femmes et de ma lecture de ceux-ci. Ces histoires m'ont amené à concevoir autrement la limite, d'une manière probablement plus incarnée et moins abstraite. Je tenterai donc de rendre compte de ce processus réflexif avec le plus de justesse possible. Dans un premier temps, un élargissement du concept même de la limite sera présenté, mettant en lumière son caractère à la fois pluriel et singulier dans le contexte de la PMA et relativement à la décision de cesser les traitements. Dans un second temps, je m'attarderai à la place que semble occuper le parcours en PMA dans la vie des femmes, et qui contribue peut-être à la difficulté d'envisager l'arrêt. Enfin, le troisième élément présenté sera une proposition selon laquelle la rencontre de la limite comme condition existentielle et l'élaboration des enjeux autour de celle-ci peuvent mener à un retour à soi, et s'avérer un processus subjectivant. L'objectif de recherche initial autour de ce thème s'énonçait comme suit : explorer le vécu de la limite concernant l'arrêt des traitements ou la décision d'arrêter, le cas échéant. Cet objectif a été transformé au cours du processus de recherche, me menant à une conception de la limite plus ouverte et plus intérieure. Néanmoins, et dans l'après-coup, il m'apparaît que le développement des idées qui seront présentées ci-dessous a émergé en réponse à une tentative d'explorer le vécu de la limite. Il semble que cette exploration ait mené à une nouvelle représentation du thème initial de l'arrêt des traitements que je suis portée à penser désormais comme un processus.

6.3.1 La ou les limite (s) : pluralité et mouvance de limites singulières

D'emblée, le fait de penser « la » limite suppose en quelque sorte l'idée qu'il est justement une limite, et nous amène à penser celle-ci comme quelque chose de tangible aux contours bien circonscrits. Les récits des femmes nous enseignent que

cela n'est pas forcément ni toujours le cas. En effet, la notion de limite ne semble pas se réduire à une seule définition et, comme mentionné précédemment dans cette thèse, résonne différemment pour chaque femme selon sa propre histoire et le moment du parcours. Il m'a été aidant de revenir aux racines étymologiques du mot « limite », avant de retourner aux concepts théoriques offrant une assise pour penser ce thème. Je souhaite donc ici rappeler certains éléments qui serviront de point de repère pour la suite de cette sous-section, soit les notions de seuil et d'obstacles tels que présentés par Bernd Jager (Jager, 1996).

L'étymologie nous ramène aux racines latines du mot limite, c'est-à-dire limes qui signifie lisière, ou bordure. Dès lors est soulevée l'idée d'un contour, d'une marque définissant un espace. Au figuré, nous pouvons également penser à ce qui ne peut être traversé, qu'on ne peut franchir. Quelque chose au-delà duquel on ne peut aller ou qui empêche la poursuite d'un chemin. Une limite peut se présenter comme un empêchement, un impossible, un interdit. Dans tous les cas, elle mène à se poser la question suivante: "que fais-je, maintenant?" ou "que puis-je faire, autrement?" Bien que cela soit présenté fort brièvement, je souhaite souligner ici que la limite peut s'avérer source de créativité, bien qu'elle marque un empêchement et entraîne potentiellement une souffrance.

Nous avons vu que la médecine de la reproduction tente notamment de contourner une limite du corps, celle de l'infertilité. Selon le paradigme scientifique dans lequel elle s'inscrit, les limites rencontrées par la PMA sont essentiellement des limites techniques, lesquelles visent à être dépassées ou toujours repoussées plus loin. Concrètement, ce que cela signifie est que la possibilité de faire ou de ne pas faire est

surtout déterminée par les moyens techniques disponibles. Ces moyens étant en constante évolution dans nos sociétés modernes, notamment avec l'idée du progrès, les limites sont constamment repoussées. En ce sens, le contexte de la PMA semble dissimuler les limites, ou faire miroiter l'idée qu'elles sont constamment dépassables. Parallèlement, les technologies de la reproduction constituent un lieu de possible extraordinaire, et même "hors limite" en quelque sorte, lorsque cela fonctionne. Pour les femmes qui reçoivent ces traitements, ceci peut s'avérer porteur d'espoir tout en rendant la possibilité de cesser difficile à penser. Soulignons que cet enjeu se pose dans un contexte où il semble que prendre la décision de cesser les traitements soit ardu. Autant dans les blogues que dans les entretiens, les femmes ont rapporté quelque chose de l'ordre d'une difficulté à cesser, et ce malgré la souffrance (psychique et souvent physique) vécue lors des traitements. Ce qui m'apparaissait saillant dans le récit des femmes était cette impression qu'il fallait aller jusqu'au bout, comme s'il s'agissait d'une injonction.

Dans les faits, il n'y a évidemment aucune prescription à faire quant à la durée qu'un parcours devrait avoir, ou au niveau de souffrance qu'une femme devrait être en mesure de supporter. Les trajectoires en PMA sont propres à chacune. Toutefois, ce qui m'a particulièrement interpellée est qu'il semble y avoir un moment où cela devient extrêmement difficile de poursuivre les traitements, mais peut-être tout autant de les arrêter. C'est ce qui a animé mon questionnement autour de la difficulté pour les femmes de dire "c'est assez". L'idée énoncée précédemment selon laquelle le contexte de la PMA semblait faire miroiter l'idée de limites constamment dépassables vient peut-être éclairer cet enjeu. Comme si l'univers médical venait habiter les femmes qui en venaient à penser leurs propres limites comme étant dépassables. Ce qui rend la possibilité d'arrêter difficile à penser et qui laisse peu de place pour envisager une limite intérieure qui pourtant semble s'imposer à un certain moment.

D'autant plus qu'elles se retrouvent dans cet univers par la quête de leur désir et donc une part d'elles-mêmes veut ardemment un enfant et se dit prête à aller "jusqu'au bout" pour y parvenir. Néanmoins, il semble qu'il y ait un prix à payer, les traitements pouvant être vécus comme très éprouvants, et c'est à ce moment que la question de l'arrêt peut venir se poser. Je pense par exemple à Nina qui racontait qu'elle "aurait dû arrêter bien avant", ou à Véronique qui disait que si cela avait été "juste d'elle, elle aurait cessé depuis longtemps". Les propos de Virginie ont une saveur différente, alors qu'elle évoque le besoin de sentir qu'elle est "allée jusqu'au bout". Cette idée semble davantage ralliée à la difficulté de porter le doute: et si elle avait poursuivi, cela aurait-il fonctionné?

Je souhaite ici prendre un moment pour rappeler certaines notions théoriques présentées dans le chapitre premier de cette thèse. Jager (1996) soutient qu'une limite comprise comme un obstacle invite aux tentatives d'abolition, d'appropriation ou de dépassement de cette limite. L'obstacle empêchant le progrès, pour ainsi dire, c'est le travail de l'homme scientifique de s'en affranchir afin de transformer le monde en un lieu plus près de ses besoins et désirs. C'est notamment ce qui caractérise, selon Jager (2013), le temps du travail, soit cet espace visant la réalisation du désir. Cet espace est nécessaire, permettant à l'humain de construire un monde organisé, utile, et fonctionnel. Il permet également au sujet de s'approcher de son désir, lui donnant l'illusion de pouvoir le réaliser. Or, et nous rejoignons ici la psychanalyse, le désir ne se réalise pas, ne peut se réaliser. Le désir se transforme, se sublime. Il est à concevoir comme une invitation à "tendre vers", à tenter de s'approcher de la forme acceptable que pourra prendre ce désir dans la réalité. En se mettant au service du désir, pour ainsi dire, le temps du travail engage l'humain dans une quête vers quelque chose qu'il n'atteindra pas, dans les faits, mais dont il réalisera peut-être quelque chose de satisfaisant. C'est justement là un enjeu majeur des procréations

assistées qui font pourtant miroiter que le désir pourra se réaliser réellement, cette fois-là.

Jager (2013) présente également une seconde attitude fondamentale vis-à-vis du monde: celle qui est inhérente au temps de la rencontre et de la célébration, à cet espace où l'humain contemple le monde qu'il habite et s'unissant à celui-ci sans tentative de le transformer. Il peut s'agir d'un temps pour se déposer, voire se reposer de cette quête du désir et du faire. Ce temps festif, propice au dialogue avec l'autre, peut disposer l'humain à une attitude de reconnaissance de ce qui est, du monde tel qu'il est, et des limites qui l'organisent, sans pour autant tenter de les déplacer ou de les abolir. Ces limites structurantes, alors conçues comme des seuils, installent entre les uns et les autres cette juste distance rendant possible la reconnaissance de l'altérité. La place de chacun ainsi définie et respectée, un dialogue devient possible. Par cette métaphore du seuil et de l'obstacle, Jager permet de penser la transition qui caractérise ces deux modalités d'être, soit le passage d'un lieu de travail où l'on peut s'appropriier le monde et en développer une connaissance technique et intellectuelle vers un temps qui est davantage au service des relations, et d'une connaissance de soi et de l'autre à un niveau affectif, intime et culturel. Enfin, Jager (2013, p.5) rappelle la nécessité de considérer ces deux modalités dans leur complémentarité:

We should realize that each of these fundamental attitudes toward a common world has its own inherent limits so that a festive attitude is always followed by a workaday one and vice versa. Neither attitude can therefore be understood by isolation from the other.

Cette citation souligne l'idée d'une transition entre deux attitudes vis-à-vis du monde, ainsi que la nécessité de penser ces deux postures comme étant complémentaires. Ceci me semble fort à propos ici. Lorsque les femmes évoquent une difficulté autour de la décision de cesser les traitements, il semble qu'il soit question, oui, de rencontrer une certaine limite. Mais peut-être parlent-elles également d'une difficulté à pivoter d'une posture à l'autre, au sens où l'entend Jager. La difficulté décrite est peut-être en fait celle d'effectuer cette transition vers un temps de repos, de rencontre (avec l'autre, avec soi, avec son propre désir). Tout au long de cette thèse, plusieurs descriptions ont été faites, notamment quant à l'impression des femmes que le quotidien peut devenir envahi par les traitements de PMA. Par les impératifs médicaux (médicaments à prendre, injection, horaire des rendez-vous, relations sexuelles planifiées), l'univers médical s'installe dans le quotidien et peut y prendre une place considérable. À cela s'ajoute une difficulté des femmes à investir d'autres sphères de leur vie (sociale, professionnelle, même conjugale), comme si elles se trouvaient prises uniquement dans ce temps du travail. Peut-être est-ce ce qui contribue au fait qu'elles semblent se perdre de vue elles-mêmes. Or, et c'est ce qui en fait une question complexe, le temps du travail est au service du désir. Ou, dit autrement, il vise l'accomplissement du désir, selon Jager (2013). Cela permet peut-être de comprendre ce qui rend cela si difficile, d'en sortir. Pour les femmes rencontrées, l'impossibilité de concevoir un enfant est source d'une grande souffrance. Peut-être que l'engagement dans des traitements qui mettent tout en œuvre pour leur permettre d'atteindre ce qu'elles souhaitent est d'autant plus difficile à rompre qu'il suppose un renoncement à l'enfant désiré, ou un renoncement à la tentative concrète d'accomplir ce désir manifeste. Paradoxalement, le temps de pause lorsque le besoin s'en fait sentir, la transition vers un temps de repos, peut s'avérer des voies de retour à soi, et même de rencontre de son désir potentiellement perdu de vue jusqu'alors.

Les quelques exemples énoncés ci-dessus ont tous à voir avec cette difficulté de mettre un terme aux traitements dans un contexte où la poursuite des traitements est en elle-même difficile. Plutôt que de réfléchir à cette question à propos de “la” limite, peut-être est-ce plus fertile d’aborder la notion de limite avec ce qu’elle a de pluriel, c’est-à-dire ses multiples facettes. En effet, il importe de considérer également les éléments de réalité extérieurs aux femmes pouvant se présenter, soit les contraintes financières, l’épuisement des options de traitements, l’absence de consensus avec le conjoint quant aux prochaines étapes, les problèmes de santé en cours de processus. Par ailleurs, la limite rencontrée par les femmes n’est pas forcément celle d’un arrêt définitif, mais peut-être le besoin, à certains moments du processus, de prendre son souffle, de s’arrêter un peu. Il peut s’agir d’un besoin de “pivoter”, pour revenir à ce qui a été présenté précédemment. Nous avons davantage affaire ici à une limite intérieure si l’on peut dire. Une limite qui se porte intimement et qui peut s’inscrire dans le fait, pour un sujet, de se sentir sujet de sa propre expérience. Ceci réside dans la capacité de ressentir, en dépit de ce qui se passe tout autour en soi, les limites qui permettent de retrouver un espace psychique, un espace pour penser, et pour désirer. Il me semble nécessaire d’entendre, en cours de processus, ces différents mouvements présents en chaque femme et dont les échos sont parfois à peine perceptibles pour elles-mêmes. La limite ne se laissant pas saisir clairement, parfois mouvante, ambivalente et complexe, elle devient difficile à penser pour les femmes elles-mêmes, et d’autant plus dans le contexte de la PMA qui penche plutôt du côté d’un dépassement constant des limites techniques. Enfin, ce qu’il me semble important de souligner est que la décision de cesser les traitements constitue pour la femme un point charnière où plusieurs désirs se rencontrent et se battent. Le désir de concevoir un enfant, de le porter, de devenir mère, mais également le désir de se retrouver comme femme loin de l’arsenal médical, de se réappropriier son corps, le désir de poursuivre une vie dégagée des impératifs de la PMA, celui peut-être de sortir de la répétition des deuils. À un niveau inconscient, peut-être que le désir persiste de rester dans ces traitements qui garde un lien avec l’enfant désiré, et qui préserve du travail

de deuil à accomplir. Voilà l'une des pistes de réflexion qui m'est apparue et qui sera étayée davantage dans la section suivante.

6.3.2 Porter la souffrance du parcours pour ne pas porter le vide (place du parcours en PMA)

La limite semble difficile à rencontrer, pour ainsi dire, et même difficile à concevoir. Certes, elle évoque plusieurs images : frontière immuable, tracé fugace, ligne de départ, destination finale. La seule limite ultime étant la mort, toute autre évocation est nécessairement incertaine, floue et mouvante. Et pourtant, en marquant des frontières, elle définit un espace. Elle marque un moment où quelque chose advient, un point tournant. Dans le contexte de la procréation assistée, la limite semble à la fois absente dans l'imaginaire, et omniprésente lorsque les échecs se multiplient. Au regard d'une pensée existentielle, il pourrait être nommé que la limite est toujours-déjà là, et que la finitude est le socle de la condition humaine. On peut donc s'interroger ici sur la spécificité du contexte de la PMA autour de l'enjeu d'une limite et plus largement de la finitude. Après avoir présenté notamment combien les parcours en PMA peuvent être aussi douloureux physiquement que psychologiquement, il n'en demeure pas moins que la décision d'arrêter les traitements est fort difficile à prendre. Lorsque les traitements infructueux se multiplient, c'est à une répétition de la perte et à l'absence de l'enfant désiré que sont confrontées les femmes. Or, et nous l'avons présenté précédemment, la PMA semble venir occuper toute la place dans la vie des femmes. La possibilité d'en sortir est même quasi impossible à envisager. Et si le processus en PMA venait occuper la place vacante laissée par l'enfant qui ne vient pas? Si ces traitements et leur poursuite au long cours avaient une fonction, c'est-à-dire un sens dans le travail de deuil potentiellement engagé par l'expérience même de l'infertilité? La difficulté de cesser les traitements est peut-être aussi liée à celle d'amorcer le travail de deuil que présente l'idée d'une vie sans enfant (ou

l'impossibilité pour une femme de porter son propre enfant). Un fort investissement du parcours en PMA semble restreindre les possibilités d'investir ailleurs. Mais c'est peut-être précisément cela qui est mis en place par la poursuite des démarches, en ce sens où l'énergie est consacrée à « faire » les traitements plutôt qu'à « vivre » ce qui se joue à travers le parcours (par exemple, rencontrer le vide de la vie sans enfant, faire une place aux difficultés physiques et psychiques éprouvées lors des traitements, etc.). Autrement dit, tant qu'elles essaient, elles ne sont pas nécessairement dans le travail du deuil. Pourtant, le surinvestissement du parcours au détriment d'autres sphères de la vie rappelle étrangement le processus caractéristique du deuil, notamment tel que décrit par Freud (Freud, 1968). Ces parcours de soins, très exigeants, donnent peu d'espace pour penser. Or, ils viennent peut-être combler quelque chose, occuper une place. D'où l'idée qu'en étant dans la souffrance du parcours, elles sont, en quelque sorte, reliées à cet enfant qu'elles désirent et qui ne vient pas, parce qu'elles sont activement en train de tenter de le concevoir. Il semble alors que le parcours peut être à la fois porteur et gardien de l'espoir : il porte la possibilité qu'un enfant soit conçu, puis en rendant très difficile de penser une vie sans enfant, il s'assure que l'espoir ne soit pas ébranlé.

En s'appuyant sur les idées de Freud (1968) concernant le travail du deuil, il serait possible de suggérer ici qu'un déplacement de l'investissement libidinal de l'enfant qui ne vient pas au parcours en PMA semble s'opérer. Ce faisant, la libido semble difficilement pouvoir se détacher de l'objet perdu afin d'être investie ailleurs. Toutefois, l'enjeu majeur ici serait peut-être le suivant : l'enfant n'a pas été conçu, n'est jamais né. Il n'est donc pas de souvenirs rattachés à cet enfant duquel il semble falloir faire le deuil. La tâche est donc rendue d'autant plus difficile qu'aucun souvenir ne puisse avoir été concrétisé. Pour les femmes en procréation assistée, le « bébé » est fantasmé, projeté, rêvé. En même temps que ces fantaisies, c'est aussi une

part d'elles-mêmes qu'elles s'imaginent. La part d'elle qui souhaite devenir mère de cet enfant dont elles rêvent. C'est à tout cela qu'il leur faut éventuellement renoncer lorsqu'elles font le constat que les traitements ne fonctionnent pas. On peut toutefois remarquer que dans les parcours de PMA, il y a peu de place pour penser le deuil éventuel ou le deuil déjà entamé par le fait même de recourir à ces traitements. Les femmes se retrouvent prises dans une sorte de boucle qui rend l'arrêt d'autant plus difficile à envisager.

En écoutant les femmes lors des entretiens, j'ai pu remarquer que parfois, leur manière d'investir les traitements en PMA semblait les rallier, en quelque sorte, à la maternité. Par exemple, Éva disait faire très attention à elle, se reposait, était soucieuse de bien s'alimenter. Elle répétait à plusieurs reprises qu'elle se rappelait constamment du but de ces traitements : « J'me disais toujours, on fait ça pour avoir un enfant ». Pour elle, ce motif semblait justifier la poursuite des traitements. Lors des interventions, Virginie de son côté mettait en pratique certains trucs qu'elle donnait aux femmes enceintes qu'elle accompagnait. Pour Nina, les traitements représentaient la seule avenue possible afin de « donner un enfant à son mari ». Les motivations peuvent s'avérer porteuses d'espoir, cela va de soi. Toutefois, lorsque l'espoir ne permet plus de penser des issues différentes au parcours, on peut se questionner sur sa fonction au sein de ces processus. Peut-être que, pour certaines, l'espoir est le moteur qui permet de continuer, mais sert également de bouclier contre la rencontre de l'avenir sans l'enfant souhaité. Pour les femmes rencontrées dans le cadre de cette recherche, cesser les traitements a impliqué de se retrouver seule, en couple, avec du temps et davantage d'espace qu'en PMA. Elles se sont retrouvées avec un espace à occuper, du temps à vivre, et l'ouverture permettant de constater que l'enfant n'était pas là.

En réfléchissant à la place du parcours ainsi qu'à sa fonction dans la vie des femmes, soulignons que, bien que les trajectoires de traitement puissent être porteuses d'espoir et qu'elles sont souvent investies de la sorte, elles comportent également leur lot de souffrance pour les femmes qui les traversent. Cette souffrance est peut-être nourrie par le lien constant et fortement investi à l'enfant qui ne vient pas, à une répétition de l'absence qui semble autant tenter de la combler qu'elle la met en évidence. Lorsque la souffrance du parcours devient si grande, il convient peut-être de se questionner sur le sens du recours à la PMA et sur les significations que peut prendre l'arrêt des traitements. Une exploration de ces thèmes peut éventuellement mettre à jour ce qui se joue pour la femme qui les traverse et peut lui être aussi utile que difficile à porter. J'émetts ici l'idée que la souffrance des démarches en PMA vient peut-être combler un vide dans la vie des femmes, c'est-à-dire qu'elles occupent un espace psychique qui n'est ainsi plus disponible pour affronter autre chose, dont peut-être rencontrer la souffrance de l'échec des traitements.

6.3.3 Le travail de la limite comme une voie vers la possibilité de « prendre sa place »

J'ai tenté jusqu'ici de rendre compte du parcours réflexif m'ayant menée à un déplacement d'une des questions de recherche, celle de la limite. Au départ, ma conception de « la limite » définissait cette dernière comme un moment particulier, comme une ligne extérieure que chaque femme rencontrait à un moment du parcours. Je constate que j'étais habitée d'un certain a priori, soit celui que la limite se devait d'être rencontrée à un certain moment, et que la difficulté des femmes à cesser les traitements était liée à un refus de rencontrer et de porter la limite. Mais la question a été soulevée précédemment : est-ce qu'on porte la limite? Déjà, la lecture des blogues

a nuancé cette conception en faisant émerger l'idée que l'on soit plutôt traversé par elle, ou que les femmes semblaient plutôt décrire se rapprocher ou prendre contact avec une forme de limite intérieure, intime. Par la suite les récits des participantes à la recherche. Enfin, certaines questions posées lors de colloques et de présentations m'ont poussée à revisiter le thème de la limite, et à tenter de l'aborder autrement. C'est ce cheminement qui m'a permis de me déplacer d'une conception plus figée et extérieure de la limite à quelque chose de plus souple, mouvant et intime. Comme si à force de penser cette question, j'en étais venue à rencontrer la pluralité des sens que pouvait prendre ce thème. Ainsi s'est transformée ma conception plutôt abstraite à la signification que prend la limite dans la concrétude de l'expérience de chaque femme rencontrée. J'ai ensuite pu proposer que la difficulté de cesser un parcours difficile, même lorsque le besoin s'en faisait sentir, témoignait peut-être d'une fonction particulière du parcours de PMA : celle de combler le vide laissé par l'enfant qui ne vient pas. En effet, les parcours qui semblent si enhavissants au quotidien sont en fait (entre autres) marqués par le vide laissé par l'enfant. Ceci pose la question suivante : comment comprendre ce vide qui prend toute la place? La sous-section précédente a donc abordé cette question à propos du travail du deuil implicite dans le contexte de l'infertilité et du recours à la PMA. Après avoir suggéré ceci, comment donc accompagner les femmes qui se retrouvent aux prises avec de tels enjeux? Ou, dit autrement, quelles avenues possibles pour que la ou les limite (s) du parcours puissent retrouver un aspect fondateur, et ce, malgré la souffrance qu'elles soulèvent?

Plus que de commander une réponse, ces questionnements me semblent ouvrir sur des champs de réflexion possibles. Je souhaite orienter ma pensée vers la question de la place, soit la place de la femme comme sujet au sein de parcours et de sa propre vie.

En ce sens, le travail autour de l'enjeu de la limite et de la finitude me semble une voie vers la possibilité de « prendre sa place », et c'est peut-être en cela que réside le caractère fondateur de la limite. Ce que je souhaite avancer ici est que la limite peut être vécue comme la possibilité d'un commencement, et se présenter comme une ouverture malgré ce qu'elle empêche. La question de la place a émergé des entretiens avec les femmes. Certaines m'ont littéralement signifié cet enjeu. Je pense à Nina qui me disait sentir « qu'elle n'avait pas de place dans les traitements ». Elle donnait en exemple le fait qu'il lui était difficile de se sentir entendue lorsqu'elle parlait de son vécu et même de sa douleur. Elle relate avoir rapporté des douleurs abdominales intenses à un médecin, elle faisait alors une hyperstimulation ovarienne, mais ne le savait pas encore. Je la cite : « Y m'ont dit que c'était parce que j'étais stressée. J'ai dit que non, il y avait autre chose. Mais eux ils sont tellement préoccupés par ton système reproducteur qu'ils ne te voient pas, et ils ne voient pas le grand portrait ». Elle rapporte également s'être « perdue de vue » durant le processus. De son côté, rappelons les propos de Véronique qui à un certain moment du parcours « ne se souvenait plus pourquoi elle faisait ça ». Elle raconte qu'elle continuait « pour son conjoint » et que lui continuait « pour elle », mais que tous les deux auraient cessé les traitements s'il n'avait s'agit que d'eux seuls. Ces exemples illustrent comment le processus semble venir effacer quelque chose du sujet, de la femme, jusqu'à lui faire perdre de vue son désir.

D'un point de vue existentiel, la limite peut être mise en relation avec la finitude inhérente à notre condition humaine. Cette finitude est donnée d'emblée, car nous ne pouvons échapper à la mort, mais également parce que la vivre comporte nombre de situations où nous ne pouvons éviter la souffrance. Jaspers (Jaspers, 1965) parle notamment des situations-limites, qui ramènent l'humain au constat de son incomplétude tout en le poussant à chercher une voie pour vivre à travers la

souffrance que cela soulève. « Les situations-limites – mort, hasard, culpabilité, impossibilité de compter sur le monde – me révèlent mon échec. Que puis-je faire devant cet échec absolu dont je ne puis loyalement nier l'évidence » (Jaspers, 1965, p. 21)? L'auteur poursuit (1965, p.21) en disant que celui ou celle qui « a fait l'expérience originelle des situations-limites est poussé du fond de lui-même à chercher à travers l'échec le chemin de l'être ». Ainsi, ces situations-limites, évènements qui ébranlent, qui bouleversent et qui placent le sujet devant la nécessité de choisir, caractérisent et même constituent l'existence. Elles placent l'humain face à la difficulté de vivre tout en se présentant comme des occasions de choisir, de remanier son existence, de créer. Ce que Jaspers souligne est peut-être le potentiel d'ouverture que présentent les situations-limites et en ce sens, il m'apparaît pertinent de puiser à ces idées pour nourrir la réflexion proposée ici.

Les trajectoires en procréation assistée et même l'infertilité qui souvent les précèdent, peuvent évidemment être vécues comme une situation-limite. De là la question se pose : comment vivre avec cette impossibilité de réaliser un désir d'enfant? Comment vivre avec la souffrance que cause le deuil de fonder une famille? La rencontre d'un impossible peut ouvrir une voie à la rencontre de soi autrement, menant à la possibilité de se redéfinir, de se regarder et de se vivre différemment, à partir de ce qui se donne. Si j'ai mentionné plus tôt la question de la place ou du fait de « prendre sa place », c'est qu'il me semble que ceci soit relié à la rencontre des limites inhérentes au parcours en PMA. Retraçons les éléments importants qui ont construit cette réflexion. D'abord, les femmes ne parviennent pas à concevoir un enfant naturellement. Quelque chose de leur être s'en trouve ébranlé, notamment par leur désir d'enfant qui ne s'incarne pas. Ensuite, elles ont recours à des traitements qui envahissent potentiellement leur quotidien, tout en leur accordant peu de place comme sujet. Le risque encouru pour la femme est de se trouver face à la difficulté

d'avoir une place au sein des traitements et dans sa propre vie (les traitements étant parfois si exigeants qu'ils laissent peu de place pour autre chose). Plusieurs femmes m'ont également raconté éprouver une difficulté similaire sur le plan social où elles rapportent se questionner sur la place d'une femme sans enfant, donc dans une historicité plus large. Ce qui semble apparaître comme un effacement du sujet peut contribuer au sentiment de ne pas avoir de place, et ainsi accentuer la souffrance vécue.

Bien qu'à première vue, aborder le travail des limites dans le cadre de ces parcours puisse sembler accentuer la souffrance des femmes, cela peut s'avérer une voie pour reprendre contact avec elles-mêmes et « se retrouver », pour reprendre l'expression fréquemment utilisée par les participantes de cette recherche. Rappelons les mots de Thierry Hentsch (2006, p.15) : « Là où il n'y a pas de limite on ne voit rien. À commencer par la place qu'on occupe ». Peut-être que de rencontrer ce qui se présente comme une limite, comme un empêchement, le manque, peut ramener la femme à ressentir, à se définir dans ce qu'elle a de propre à elle. Comme mentionné précédemment, plutôt que de penser la limite comme quelque chose d'extérieur qui est éventuellement rencontré dans le parcours, il semble plus à propos de penser que la ou les limites sont déjà là, dans le parcours. Le travail consiste peut-être pour les femmes à en prendre contact, à ressentir en elles ce qui se vit comme un « c'est assez », afin de définir des espaces où elles peuvent se vivre comme sujet souffrant, limité et humain de leur histoire. Je souhaite proposer qu'un tel travail puisse ouvrir vers une prise de contact avec soi, et vers la possibilité de « prendre sa place », sachant que la « place » du sujet n'est jamais scellée pour toujours. Elle fluctue, s'élabore et est parfois troublée par la vie, les événements, et les relations. La tâche de vivre consiste entre autres en cette recherche constante de ce que c'est que d'être soi, malgré et avec tout ce qui échappe à notre contrôle et qui pourtant semble venir nous

définir. Ici, il s'agit pour les femmes d'assumer une existence qui se déroule bien autrement que ce qu'elles avaient espéré en ce qui a trait à la maternité et au projet parental.

Plutôt que de concevoir l'échec des traitements de procréation comme une limite finale à rencontrer, j'ai constaté à travers ce travail de recherche qu'il semblait plus fertile de réfléchir à la pluralité des limites vécues dans ce parcours. La limite, relativement à la décision de cesser les traitements, n'en est pas une claire et définitive. Il s'agit de porter quelque chose qui se rencontre et qui ouvre vers ailleurs. Mais il s'agit d'une limite incertaine, ainsi l'arrêt des traitements n'est pas une décision univoque : elle peut comporter un aspect libérateur (un soulagement de la charge que présente les traitements), mais également triste. Elle implique un travail de deuil et de créativité, tout en sachant que la blessure de ce qui n'advient pas peut demeurer, partir, revenir, et être relancée à certains temps de la vie (à l'âge d'être grand-mère par exemple, ou à l'annonce d'une grossesse dans l'entourage, ou d'une nouvelle naissance). Hentsch (2006, p.41) nous convie au nécessaire exercice de penser les limitations qui organisent notre existence. « La frontière n'est fermeture qu'irréfléchie. Ce qui ferme, c'est le refus de penser. Refus ou paresse, peu importe : prison de l'imaginaire, où je suis à la fois prisonnier et gardien ».

6.4 Qui suis-je sans toi? L'enjeu identitaire au cœur de l'expérience des femmes

Au fil de la lecture des entretiens, j'ai été frappée par ce qui m'apparaissait se définir comme plusieurs récits sur la limite, sur les limites rencontrées. Cela est particulièrement évocateur quant au caractère créateur et à la fonction existentielle de

la limite. En effet, il semble que cela ait pu ouvrir sur la possibilité d'un travail identitaire, notamment par l'élaboration d'un récit autour des limites rencontrées. Je pense ici à Nina qui a entrepris, à la suite de l'arrêt des traitements, un suivi psychothérapeutique orienté par une approche psychocorporelle et où elle disait sentir qu'elle arrivait à « retrouver sa place dans le monde ». Je pense également à Virginie qui s'est tournée vers l'accompagnement à la naissance et qui m'a dit avoir réalisé en le racontant combien ce choix de profession a contribué à donner un sens son expérience douloureuse de la procréation assistée. Quant à Sophie, sa participation à la recherche lui a permis, selon elle, de réconcilier les différents éléments de son expérience, soit le désir de concevoir un enfant et la confrontation au monde médical à travers la procréation assistée. Ces différents exemples peuvent notamment illustrer la fonction existentielle de la limite, et nous pouvons de là nous questionner à savoir comment cela les a-t-il construits? Si la question de la place m'a semblé importante à souligner, c'est notamment au sujet de ce qui m'est apparu comme un enjeu identitaire, soit la possibilité d'être une femme « sans enfant ». C'est donc à ce thème que sera consacrée la présente sous-section.

6.4.1 « Femme sans enfant » comme un adage de la souffrance

L'une des voies que semble prendre le remaniement identitaire à travers le parcours en PMA et l'arrêt des traitements est celle de l'adoption de l'identité de « femme sans enfant ». En effet, il semble que les récits viennent témoigner de cette question : qui suis-je comme femme sans enfant? Cette question trouve plusieurs déclinaisons à travers les expériences singulières et individuelles. Prenons l'exemple de Véronique. Elle disait avoir fait le constat qu'au fond d'elle-même, elle ne voulait pas d'enfant finalement. Pour elle, il s'agissait de se définir comme femme sans enfant aux yeux de la société. Sa quête était celle d'une valorisation et d'une légitimation sociales des femmes qui n'ont pas d'enfant. C'est d'ailleurs l'un des éléments l'ayant menée à

participer à la recherche. Dans ses mots : « Je veux dire au monde que c'est correct de pas avoir d'enfant, j'aimerais que la recherche puisse démontrer ça ». Cela semble avoir résonné également du côté de Nina qui disait trouver difficilement sa place parmi les femmes de son âge qui elles, avaient des enfants. Des exemples de son milieu de travail où il lui était parfois difficile de prendre sa place dans des discussions tournant autour de préoccupations familiales ont témoigné de l'enjeu de la place. Pour Virginie, être une femme sans enfant venait éveiller un vécu plus personnel, voire intime. C'est ce qu'elle partage en racontant que ses réflexions sur la maternité et son admiration pour celle-ci l'habitent depuis longtemps. Elle, qui portait depuis un jeune âge la conviction « d'être faite pour avoir des enfants », semblait profondément ébranlée par l'incapacité de le faire dans sa vie actuelle et par l'incertitude quant au futur. Certaines ont également soulevé la question de leur place au sein du couple. Nina par exemple disait ressentir une forme de pression d'être celle qui pouvait ou non donner un enfant à son mari. Pour Éva il s'agissait d'envisager leur couple sans enfant et de se redéfinir en prenant comme modèle des couples sans enfant. Comme le souligne Isabelle Tilmant (Tilmant, 2010), une distinction est à faire entre *childfree* et *childless*. Alors que le premier terme réfère à une vie sans enfant par choix, le second sous-entend la notion de manque alors que l'enfant serait souhaité. Pour Tilmant (2010), cette expérience renvoie à un processus de deuil, mais d'un deuil qui peut être fondateur en ce sens où il permet à la femme de se rencontrer autrement avec ce que cela comporte de potentiel créateur. Autrement dit, l'impossibilité de devenir mère permet d'imaginer autre chose que ce qui avait été projeté au départ.

Ainsi, être une « femme sans enfant » peut entraîner une quête à différents niveaux (social, communautaire, conjugal, personnel). Ce qui semble y avoir de commun à cela et qui est peut-être à mettre en lien avec la littérature sur le sujet, est que les

femmes semblent adopter cette identité de femme sans enfant à la manière d'une contre-identification à la maternité. En effet, il s'agit pour elles d'être une « femme sans enfant » plutôt que d'être une mère. Deux éléments découlent de ce mouvement. D'abord, l'identité semble se définir à partir de l'absence, de ce qui n'est pas (l'enfant). Ensuite, en s'identifiant à un statut (femme sans enfant) qui se trouve en opposition avec celui qui ne peut advenir (être mère), il semble que le remaniement identitaire des femmes vienne donner une place centrale à la maternité au sein de l'identité féminine. Autrement dit, être et ne pas être mère sont les deux côtés d'une même médaille qui ramène l'identité féminine à la question de la maternité. Bien sûr, ceci pourrait être abordé sous plusieurs angles, notamment celui de courants de pensée féministes, ou même sociopolitiques. Toutefois, j'aimerais m'attarder à ce qui semble se dégager ici comme le signe d'une souffrance vécue par les femmes. En fait, dans ce jeu d'identification à être mère ou être une femme sans enfant, il me semble que l'enjeu de la maternité prenne énormément de place chez les femmes. Or il est ici question d'une maternité en souffrance, c'est-à-dire une maternité qui n'advient pas. Et c'est donc de la souffrance de ne pas être mère dont il s'agit en fait. Si les femmes se posent la question de ce que c'est que d'être une femme sans enfant, j'ai parfois eu le sentiment que ce « femme sans enfant » qui se présentait comme une question ou une tentative de trouver une place puisse également être porté comme une forme d'adage de la souffrance. Comme si la voie empruntée pour faire le deuil de la maternité était en fait directement lié à la maternité et donc à la fois inévitable, mais peut-être d'autant plus souffrant. Cela soulève une question importante : est-il possible de se sentir mère ou d'habiter quelque chose d'une fonction maternelle, sans enfant? Rappelons que pour Hannah Arendt (1983), la natalité est un concept ontologique qui permet justement à l'humain de s'affranchir, d'une certaine manière, de l'emprise d'une vie uniquement dictée par un cycle biologique. La notion de natalité est, pour Arendt, enracinée dans cette faculté d'agir, de créer, et de venir contre les forces biologiques qui, laissées à elles-mêmes, conduiraient l'humain à sa perte. Dans les mots de l'auteure (Arendt, 1983), p.313 :

La vie de l'homme se précipitant vers la mort entraînerait inévitablement à la ruine, à la destruction, tout ce qui est humain, n'était la faculté d'interrompre ce cours et de commencer du neuf, faculté qui est inhérente à l'action comme pour rappeler constamment que les hommes, bien qu'ils doivent mourir, ne sont pas nés pour mourir, mais pour innover.

Si la naissance applique cette idée de manière radicale en mettant au monde de nouveaux humains, et donc en assurant la survie de l'humanité tout en permettant à chaque individu de surpasser en quelque sorte l'idée de sa propre fin, les propos d'Arendt suggèrent que la natalité peut aller au-delà d'un geste reproduction purement biologique. Cela peut s'avérer une voie permettant de réfléchir à la possibilité de « mettre au monde », et de transmettre, comme femme, autrement que par la venue d'un enfant. Comment créer du neuf, justement? Pour une femme qui ne parvient pas à devenir mère alors que c'est ce qu'elle souhaite, le fait de se poser cette question est peut-être déjà le début d'une naissance. Car peut-être est-ce là l'enjeu du processus : comment peut-elle se donner naissance comme femme autrement qu'en devenant mère? Il s'agit bien sûr d'une question rhétorique, celle-ci ne comporte pas de réponse claire. Ce qu'il importe de souligner est qu'il semble qu'à l'arrêt des traitements de PMA, là où la femme se trouve confrontée à une vie autre que celle qu'elle avait imaginée au départ, l'interrogation qu'elle rencontre est celle de savoir qui elle est, désormais. Les femmes rencontrées dans le cadre de cette recherche ont toutes abordé cette question d'elles-mêmes, comme si cela faisait partie de la trajectoire. Virginie m'a raconté s'être tournée vers l'accompagnement à la naissance et avoir ainsi la possibilité de « mettre des enfants au monde ». Elle m'a dit vivre ainsi de très près la grossesse, l'accouchement et la maternité, soulignant que cela était parfois confrontant pour elle, mais que cela donnait un sens à son expérience. Nina m'a longuement parlé de sa profession et de l'enseignement de celle-ci. Elle a

souligné notamment l'importance qu'elle donne à la transmission aux générations futures qui pratiqueront la même profession. De son côté, Véronique m'a partagé se rendre disponible pour ses amies, étant donné que le fait de ne pas avoir d'enfant lui permettait davantage de temps et de flexibilité dans son horaire. Elle m'a dit souhaiter utiliser sa disponibilité afin de se rendre présente pour les gens de son entourage. Sophie m'a raconté prendre soin de plusieurs enfants de son réseau et investir son lien à ses neveux et nièces. Enfin Éva m'a beaucoup parlé de sa profession d'enseignante et de son grand investissement des élèves à qui elle enseigne. Ces exemples témoignent d'une recherche de sens autour de la question de la transmission, mais également de la création à partir de l'épreuve vécue.

Par ailleurs, être une femme sans enfant (versus être mère) vient créer une forme de rupture dans l'identité de ces femmes. Cette rupture semble venir créer un fossé entre ces deux groupes de femmes (celles qui ont des enfants et celles qui n'en ont pas). Je pense à Nina ici, qui cherchait à se forger une place auprès de ses amies, mères, qui avaient un horaire bien différent du sien. Elle relate par exemple avoir envie d'aller bruncher la fin de semaine avec ses amies qui ne sont pas disponibles, étant prises par les activités sportives des enfants. À un autre niveau, je pense également à Éva qui supportait difficilement l'annonce de grossesses de la part d'amies ou de femmes de son entourage, rapportant que cela la ramenait à sa réalité de femme qui n'était pas mère. Pour Sophie, un besoin de temps s'est avéré nécessaire avant de pouvoir par exemple rencontrer le nouveau-né d'une bonne amie. Ces exemples viennent témoigner de la difficulté possible de se vivre comme femme sans enfant auprès de celles qui en ont, mais également de côtoyer de près ce qui est tant convoitée et qui est inaccessible. Peut-être est-ce le manque (de l'enfant désiré) qui vient créer une souffrance telle qu'il devient insupportable de voir chez l'autre ce que l'on désire tant et qui est inaccessible? Il semble que ceci vienne créer une distance entre soi et

l'autre. Et peut-être qu'en cette distance se crée par ailleurs un espace fantasmatique où la projection de ce qui est désiré se trouve magnifiée et rend le contact de l'autre d'autant plus insupportable. Par ailleurs, ceci n'est pas sans rappeler les propos de Paul Ricoeur (Ricoeur, 1994) selon qui le repli sur soi et une crise dans le rapport à l'autre caractérise spécifiquement l'expérience du souffrir.

(...) ce qui est atteint dans le souffrir, c'est l'intentionnalité visant quelque chose, autre chose que soi; de là l'effacement du monde comme horizon de représentation; ou pour le dire autrement, le monde apparaît non plus comme habitable, mais comme dépeuplé. C'est ainsi que le soi s'apparaît rejeté sur lui-même (Ricoeur, 1994, p.2).

Ainsi, le sujet souffrant se retrouve replié sur lui-même, puis vit une forme de crise de l'altérité qui marque le rapport à l'autre sous forme de séparations. L'autre, ici l'autre femme (celle qui est mère, celle qui n'est pas affligée de la même souffrance), ne peut comprendre, ne peut prendre la place de la femme infertile. L'autre femme inflige même parfois une souffrance encore plus grande alors que par exemple, elle annonce sa grossesse. J'ai souvenir ici d'Éva qui me racontait redouter une rencontre avec une amie me disant : « Je suis sûre qu'elle va m'annoncer qu'elle est enceinte d'un deuxième enfant... » Les propos de Ricoeur cités ci-dessus illustrent bien un des éléments présentés au long de cette thèse, c'est-à-dire la perte d'horizon et de monde commun (monde d'appartenance) vécue par les femmes en processus de PMA. Comme si quelque chose se refermait autour d'elles, rendant le monde impossible à habiter. De plus, dans son herméneutique de la souffrance, Ricoeur (1994) propose une description très riche des différentes manières dont le lien à l'autre est affecté dans la souffrance. Il m'est apparu que cela rejoignait particulièrement l'expérience des femmes que j'ai rencontrées. L'expérience d'une forme d'isolement créé par une

difficulté à s'ouvrir à l'autre, à côtoyer d'autres femmes qui ne vivent pas ces mêmes difficultés, est peut-être l'expression de la souffrance vécue autant qu'une tentative de se préserver. En s'appuyant sur les propos de Ricoeur, il me semble primordial de souligner l'importance de pouvoir entendre ces ruptures dans le lien à l'autre comme un appel à l'autre, en fait. Car c'est bien ce que Ricoeur (1994) propose comme idée majeure : la souffrance a un sens. Elle a un sens, car elle appelle à l'aide, elle appelle à une tentative de compréhension. Elle cherche une réponse de l'autre et donc permet éventuellement d'être portée à deux, de tisser des liens. Si ne pas devenir mère semble coïncider avec une sorte d'injonction de la solitude, il s'agit peut-être de voir au-delà de ce qu'il n'y paraît au premier abord. Cette solitude porte le signe d'un besoin radical de lien, de se sentir appartenir, en ce sens où elle découle souvent d'un sentiment de ne pas avoir de place dans le monde et s'énonce comme une quête identitaire, puis relationnelle. Aie-je une place sans enfant? Qui suis-je, sans enfant? Comment habiter le monde, et me lier à celui-ci désormais? Peut-être également que cela invite au dialogue entre mères et femmes sans enfant comme une façon de se comprendre comme femme.

En résumé, la question de la maternité semble demeurer centrale au remaniement identitaire des femmes puisqu'être une femme sans enfant est, dans le discours des femmes, le revers de la maternité. Cette division en deux pôles vient ramener la question de l'identité à ce qui fait souffrance : la maternité qui n'advient pas. L'un des éléments soulevés semble être celui de la difficulté de trouver sa place (au sein de la société, de son cercle d'amis, et même en soi-même) en tant que femme sans enfant. Comme si un fossé se creusait entre les mères et les non-mères et que la réconciliation des deux était difficile et pouvait potentiellement et dans plusieurs cas créer un sentiment d'isolement chez les femmes sans enfant. Or cet isolement qui peut être associé au fait de ne pas avoir d'enfant peut également parler de la

souffrance vécue par le vide laissé par l'enfant qui ne vient pas, tel que souligné par les propos de Paul Ricoeur. C'est en reliant la question de la souffrance, de l'identité et de la narrativité que cet auteur offre un précieux appui pour penser les possibles qui s'ouvrent aux femmes concernées. C'est sur la fonction du récit au sein de la crise identitaire vécue par les femmes ayant cessé les traitements sans avoir eu d'enfant que portera la suite du présent chapitre.

6.4.2 Raconter sa traversée (se) reconnaître, et porter son désir blessé

Bien sûr, il allait de soi que les femmes allaient me raconter quelque chose de leur histoire. Les entretiens de recherche étaient dédiés à cela; elles s'attendaient donc à me parler. J'ai toutefois pu observer que chacune d'elle a eu une manière bien singulière d'aborder les entretiens, et qu'au-delà du contenu de leur récit, la manière de se raconter était également parlante en elle-même. Par ailleurs, et à la lumière des enjeux présentés ci-dessus quant à la limite et à la souffrance, il m'a semblé que l'acte même de prendre part à une recherche afin de raconter son histoire était en soi un geste d'appropriation de la souffrance vécue. La participation à cette recherche peut donc être comprise comme une tentative des femmes d'intégrer cette expérience de vie dans leur parcours identitaire. En effet, prendre part à cette recherche impliquait nécessairement de se raconter, de se raconter à quelqu'un, tout en sachant qu'il y aura des traces de ce récit.

Paul Ricoeur (Ricoeur, 1985) a bien articulé la fonction du récit au sein de l'identité personnelle, qui est en fait une identité narrative. Il souligne notamment que c'est à travers la capacité de raconter sur soi-même des histoires à la fois cohérentes et acceptables qu'il est possible de se comprendre soi-même (Ricoeur, 1994). Le récit

est également ce lieu de médiation entre ce qui caractérise chacun d'entre nous de façon stable (le nom, l'âge, par exemple) et ce qui contredit sans cesse l'idée d'un noyau identitaire immuable (les événements de la vie, le temps qui passe, ce qui transforme, le contact avec l'autre, etc.). Pour Ricoeur (1985), la tâche identitaire est de tenter cette réconciliation entre ce qui est même et ce qui est mouvant, ce qui fait que l'on se reconnaît soi-même et que l'on est paradoxalement toujours étranger à soi. Lorsqu'on s'y attarde, la question est complexe : qui suis-je alors que je suis toujours la même personne tout en étant toujours un peu différente également? La piste que propose Ricoeur est celle d'un récit porteur de sens, une histoire qui permet de se mettre au cœur d'une intrigue. En effet, une personne, c'est quelqu'un à qui il est arrivé quelque chose, et qui se raconte (Ricoeur, 1985). Or, nous l'avons vu plus tôt, la souffrance affecte spécifiquement cette capacité à se raconter, et à lier son histoire à celle des autres. Ce que décrit Ricoeur (1994) est que la souffrance affecte cette capacité à se dire, mais crée aussi une rupture dans le lien à l'autre. Et donc ces deux plans se rejoignent en ce sens où dans la souffrance se dresse l'incapacité de se raconter à quelqu'un. Rappelons enfin que selon Ricoeur (1994), la souffrance interroge (pourquoi cela m'arrive-t-il? Pourquoi moi?), et elle appelle (sous le mode d'un paradoxe où le souffrir s'exprime dans une plainte à l'autre qui est pourtant mis à distance). En résumant, la souffrance semble avoir un sens dans le lien à l'autre, et dans une quête de sens qui pousse à découvrir, à se découvrir autrement. Il y a presque la promesse de la présence de l'autre. Il m'a semblé que cette voie pouvait ouvrir vers une possibilité pour les femmes que j'ai rencontrées de vivre leur expérience sous un jour différent.

J'aimerais d'abord rappeler que les entretiens ont tous débuté autour d'une photo qui avait été demandée préalablement. Avant la première rencontre, j'avais effectivement invité chaque femme à prendre une photo qui représentait pour elle son parcours en

PMA. Les rencontres ont donc débuté alors que je demandais de me parler de la photo qui avait été prise. Déjà s'est installé quelque chose d'une tentative de raconter, de dire à travers l'exercice de cette photo. Pour Nina, prendre la photo qu'elle avait en tête s'était avéré impossible : elle voulait photographier un chemin de fer non loin de chez elle, mais il faisait souvent trop froid ou alors, elle oubliait son appareil photo à la maison. Elle m'a bien sûr parlé de la photo imaginaire, en la décrivant. Et j'entendais à travers ses mots le processus inachevé de cette prise de photo. L'impossibilité de rendre tangible l'image voulue. Je ne pouvais m'empêcher de mettre ceci en lien avec le parcours de PMA, tout en me gardant certaines réserves face à une interprétation trop évidente. Je crois toutefois important de souligner que le processus de la prise de photo et le récit de ce processus participent d'un mouvement d'appropriation, d'une tentative de réconcilier divers événements et de dire qui elle est aujourd'hui. Nina est une femme qui a voulu un enfant, mais pour qui cela ne s'est pas produit, malgré de nombreuses tentatives et une traversée pénible. Virginie n'avait pas pris de photo, elle a plutôt choisi de faire un collage afin d'illustrer un parcours en montagnes russes. Là encore, le montage des illustrations collées dans une tentative de rassembler quelque chose est évocateur en soi, et a ouvert à tout un récit autour de toute l'imprévisibilité et les « hauts et les bas » du parcours. Véronique n'a pas photographié l'image apportée, elle l'a trouvée sur Internet. Sophie a pris deux photos avec lesquelles elle souhaitait faire un diptyque. Ce qui a été fait à la suite de nos deux rencontres. Comme si la participation à la recherche et le récit de son expérience avaient abouti à la réconciliation des deux éléments qu'elle souhaitait joindre en une seule image. Éva avait apporté une photo de son mariage, prise bien avant le début des traitements de PMA. Elle m'a raconté que cette photo lui permettait de revenir à la base qui pour elle était son couple. Ces exemples à travers les photos, dessins pris ou pas par les femmes viennent illustrer combien déjà quelque chose se raconte autour de cette médiation par l'image. Les photos me sont apparues comme des traces d'un vécu, comme une tentative de dire ce qui a été vécu. Par exemple, l'illustration très concrète du manque ou de l'absence en image (la photo

n'a pas été prise), par une tentative de réconcilier les extrêmes et les contraires (un dytique, un collage), par un témoignage de la charge (une photo d'agenda rempli de seringues). Pensons également à la photo de mariage, comme un désir de revenir au temps d'avant, avant la rupture identitaire. Cet exercice vient mettre en lumière une façon de se tricoter un récit, de se retrouver à travers la mise en mots de l'image.

Cette mise en mots, et mise en récit, en s'adressant à quelqu'un, semble avoir permis aux femmes de s'entendre dire. Et de là, peut-être créer une ouverture vers une façon de se comprendre autrement. L'identité se trouvant ébranlée par l'épreuve que présente l'infertilité et l'échec des traitements de PMA, les femmes font face à la tâche ardue de se penser différemment de ce qu'elles ont jusque-là appréhendé. Le récit permet de s'inventer à travers un travail de la fiction autour de ce que j'ai pu, ce que j'aurais voulu, ce que j'aurais rêvé d'être. Et de remanier le tout en inventant une suite autre et peut-être toujours à renouveler. Là où l'insistance de l'inénarrable (Ricoeur, 1985) s'installe et ébranle le rapport à l'autre, se trouve peut-être précisément la voie vers une transformation du rapport à soi. Pour les femmes rencontrées, la participation à la recherche semble avoir eu une fonction médiatrice de leur expérience, leur permettant peut-être de se rencontrer autrement à travers le récit de leur histoire. J'aimerais souligner enfin que parmi les motivations à participer à la recherche se trouvait souvent celle de vouloir « être utile ». Par exemple, Nina m'a dit : « J'espère que mon expérience puisse servir à améliorer les services pour les femmes qui vivent ça ». Véronique me disait souhaiter que la recherche puisse venir valider que « c'est correct d'être une femme et de ne pas avoir d'enfant ». Éva me disait qu'il était important pour elle que les professionnels et la recherche « s'intéressent à ce que vivent les femmes en PMA pour pouvoir mieux les aider ». À travers l'idée de contribuer me semble apparaître celle de se relier, de créer des liens, de partager son histoire et d'être reconnue comme sujet de celle-ci.

6.5 Conclusion : entre désir et souffrance, le « je » existant

La discussion de cette thèse visait à proposer une compréhension de l'expérience des femmes ayant reçu plusieurs traitements de fécondation in vitro et ayant cessé ces traitements sans avoir eu d'enfant. J'ai pu organiser ce chapitre autour de thèmes qui tentaient de répondre aux questions de recherche. Ainsi, j'ai proposé que le corps, par la place centrale qu'il semble occuper dans les traitements et dans le récit des femmes, pouvait être compris comme un vecteur de la multiplicité des enjeux et de la complexité de l'expérience. J'ai donc proposé l'image du corps comme un entrelacs, soit un lieu de rassemblement où se rencontrent et se nouent les filages de l'expérience des femmes. En ce sens, le corps peut-être vécu et raconté comme un lieu de croisement entre plusieurs désirs, plusieurs rôles, et plusieurs temps de la vie. J'ai également soulevé l'idée d'un corps conçu comme l'emblème d'une corporéité blessée, c'est-à-dire que le corps semble venir occuper un rôle majeur dans la vie des femmes, mais comme s'il s'agissait d'un élément extérieur à elles-mêmes et qui venait mettre à jour la souffrance liée au vide de ne pas porter d'enfant.

Le second thème abordé était celui de la limite dont j'ai pu partager le mouvement au cours du processus de recherche. En effet, ce qui était à l'origine du projet de recherche compris comme une ligne fixe et tracée que les femmes semblaient éventuellement rencontrer et qui les menait à cesser les traitements s'est révélé être autrement. J'ai pu constater au fil des analyses que le parcours en PMA lui-même s'inscrivait déjà dans un rapport à la limite. Et que le processus des femmes semblait plutôt être de rencontrer cette limite, liée à une grande souffrance, comme quelque chose d'intérieur, de ressenti et de vécu. J'ai également proposé l'idée que la limite

était en fait pluriel et qu'il n'y avait pas une seule limite immuable, mais plutôt la rencontre de plusieurs limites qui parfois se croisent ou se bousculent. J'ai ensuite soulevé que la difficulté de cesser un parcours en PMA pourtant éprouvant était peut-être liée à la peur du vide, ou à la douleur du renoncement, comme si le parcours occupait la place vacante laissée par l'enfant qui ne vient pas.

Enfin, j'ai abordé la question identitaire qui m'est apparue comme était majeure et peut-être voilée par ce que j'avais préalablement posé comme la question du féminin. La question de l'identité, et plus spécifiquement de l'identité de femme des participantes à la recherche ont mené vers la quête identitaire qu'elles ont rencontrée. Cette quête était le plus souvent articulée autour de la question d'être une « femme sans enfant ». Cela m'a semblé mettre en lumière que le remaniement identitaire plaçait l'enjeu de la maternité au cœur du travail, et que cela parlait peut-être autant de l'ampleur de la quête que de la souffrance liée à celle-ci. En fait, comment réfléchir une identité qui se définit au premier abord par le manque, ou par le « ne pas être mère », ou encore par être une femme « sans ». Cette réflexion a été mise en dialogue avec la pensée de Paul Ricoeur concernant la souffrance et l'identité narrative, et j'ai pu proposer que la mise en récit pouvait s'avérer un lieu riche pour la rencontre de soi, de l'autre, et de soi comme un autre. Dans cette partie du travail, j'ai notamment présenté des exemples issus de la recherche, dont celui de la prise de photo et du travail de mise en mots autour de celle-ci.

Je souhaite conclure en soulignant un lien important entre les éléments présentés tout au long de ce chapitre, soit la question de la finitude. À ce point-ci de mon travail, ce qui m'apparaît le plus parlant est peut-être de penser la finitude comme condition

existentielle, et de réfléchir à la possibilité pour le « je » d'apparaître à travers la rencontre de sa propre finitude. La femme qui désire un enfant, qui souffre de ne pouvoir en avoir, est une personne, un sujet. Comment faire parler ce sujet et lui redonner, à travers la parole, un sentiment d'exister? Il me semble que cette question puisse mener à celle du désir. Pour les femmes que j'ai rencontrées, un deuil a été inévitable. Pour certaines, il s'agissait de faire le deuil d'un enfant, le deuil d'une grossesse, pour d'autres, le deuil d'un désir. Plusieurs ont rapporté avoir eu le sentiment de se perdre dans les démarches en PMA. Se perdre, dans des procédures qui perdent elles-mêmes de vue la temporalité du désir. Comment faire place à son désir (qui est par définition irréalisé) alors que tout autour pousse à l'étouffer et semble aller à l'encontre d'un désir humanisant, c'est-à-dire un désir castré dont la souffrance ouvre à la parole (Dolto, 1981)?

En effet, le désir espère, le désir suppose un certain délai, un manque. Il se porte dans l'attente. Or, la PMA semble se déployer dans une temporalité qui ne supporte pas l'attente. C'est une temporalité qui tire hors du temps humain, c'est-à-dire le temps vécu constitué de cycles, de pauses, de délais, de coupures. Le temps vécu situe l'humain dans sa trame existentielle profondément temporelle et lui ouvre un horizon de possible. Il contient l'expérience tout en mettant l'être en projet. Ce sont les ruptures dans la linéarité du temps qui permettent également l'émergence du désir, de l'attente, de même que l'élaboration de ce qui symboliquement permet de supporter l'attente. Le temps de la procréation assistée ne semble pas avoir le temps. Par le paradigme dans lequel elle s'inscrit, la PMA semble se déployer sous l'égide d'une temporalité scientifique, un temps objectif, objectivé. Le temps de la science en est un continu, ininterrompu par les failles pourtant nécessaires à la rencontre et à la parole. Lorsque la linéarité se brise, le souffle peut se prendre. Dès lors, il devient possible de ressentir l'arrêt, parfois le vide, le manque ou la souffrance. Et dans cette brèche

temporelle peut naître la parole, l'embryon d'un récit, permettant de s'approprier ce qui fait souffrance, ce qui fait désir, ce qui rend humain. C'est probablement face à la souffrance d'un désir non réalisé, dans la rencontre de cette souffrance, que le sujet peut se rencontrer et se vivre comme sujet. Comme femme désirante, qui aimerait devenir mère, et qui ne le deviendra peut-être pas. Comme femme qui porte son désir et qui existe par et avec celui-ci.

Le désir vient du manque, cela a été mentionné à plusieurs reprises au long de cette thèse. Or, il ne semble pas y avoir de place pour penser le manque en PMA. Paradoxalement, il ne semble qu'être question de celui-ci. Comme si les traitements infructueux s'enchaînaient à la manière d'une répétition à l'identique de l'absence de l'enfant ou de l'état désiré. Il me semble important de rappeler ici, en m'appuyant sur la pensée de Paul Ricoeur (1994), que la souffrance a un sens, une fonction au sein de l'identité. C'est sur cet élément que s'appuie la conclusion de cette discussion en proposant que de permettre aux femmes de parler de leur expérience de cette souffrance qu'est celle de ne pouvoir donner naissance, ou de vivre sans enfant, ou d'avoir tant essayé sans succès et de conserver le souvenir d'un parcours médical éprouvant pourrait leur rendre possible de se rencontrer comme femme, comme sujet existant. En faisant le pari qu'une place accordée à l'expérience de la souffrance pourrait ouvrir sur qui sont-elles avec ce vide de l'enfant, mais aussi avec ce qu'il y a tout autour. Comme le souligne Ricoeur (1994), il faut pouvoir anticiper un monde commun, c'est-à-dire que l'autre peut nous entendre, pour soi-même oser lui parler. Ce que souvent les personnes qui souffrent ne peuvent penser, se sentant exclues d'emblée d'un rapport avec un autre capable de les accueillir. Je souhaite avancer la nécessité d'entendre la souffrance, même lorsqu'elle se raconte à mots voilés, afin de permettre aux femmes qui traversent cette épreuve de pouvoir se raconter à quelqu'un. Pour Dolto (1981), la souffrance humanise. En tant qu'elle est inhérente à l'existence

humaine, elle donne lieu à la possibilité de parler, et d'être en relation. Pour les femmes qui rencontrent une vie sans enfant après l'échec de la procréation assistée, il semble nécessaire de rendre possible l'habitation d'un monde commun, notamment à travers la possibilité de raconter et d'intégrer cette épreuve à leur identité. Leur permettre d'être reconnues pour qui elles sont, et de se révéler comme femme au-delà des injonctions sociales, familiales, biologiques. Et peut-être enfin de porter leur désir irréalisé comme un élan vers l'autre, vers un autre horizon de possible, sans en dénier la souffrance.

CONCLUSION

7.1 Une recherche qui raconte

Pour conclure cette thèse, je souhaite faire à nouveau un survol de la trajectoire de la recherche en soulignant particulièrement sa visée ainsi que la posture adoptée tout au long du travail. J'ai souhaité faire une recherche interprétative sur l'expérience des femmes ayant reçu plusieurs traitements de fécondation in vitro et ayant pris la décision de cesser ces traitements sans avoir eu d'enfant. En inscrivant ma recherche dans la lignée de la pensée humaniste, existentielle et herméneutique, j'ai proposé un travail qui allait me permettre de raconter l'expérience des femmes, en y posant bien sûr mon propre regard, et en souhaitant que ce récit relance la réflexion. En marge d'une posture épistémologique scientifique, la visée première de cette thèse était celle d'une compréhension, d'une tentative de faire émerger le sens de l'expérience de ces femmes, sachant que cet exercice est toujours nécessairement infini, incomplet, à refaire. Toutefois, chaque tentative de rencontrer l'autre et son expérience est en soi une mise en lien, un élan relationnel, et une reconnaissance d'autrui. C'est en ce sens, il me semble, qu'une recherche interprétative trouve particulièrement sa pertinence dans le champ disciplinaire de la psychologie.

Après avoir ciblé le thème de la recherche, une recension des écrits cliniques et scientifiques a été effectuée. J'ai misé sur une recension extensive et variée, autant dans les sources que dans la forme (articles scientifiques, essais philosophiques, mais également sources narratives – blogues). La lecture de blogues a permis de faire le pont entre la recension des écrits et les entretiens avec les femmes. En lisant ces récits

et en effectuant une première analyse exploratoire de ces derniers, j'ai pu me plonger dans l'expérience des femmes en PMA telle que racontée par ces femmes. Cette partie du travail a pu inspirer la création d'un canevas à partir duquel j'ai pu mener des entretiens ouverts auprès de cinq femmes. Une démarche herméneutique a ensuite guidé l'interprétation des entretiens de recherche. Un processus porté par l'écriture sans autre moyen technique de support à "l'analyse des données" a mené à la rédaction de cinq textes au sujet de l'expérience des femmes rencontrées, lesquels ont été présentés au chapitre 4 de cette thèse. L'histoire de chaque femme a d'abord été traitée de manière individuelle, afin d'approfondir chaque parcours et de préserver la singularité de chacune. Par la suite, une mise en lien a été faite entre ces récits afin de proposer des pistes de réflexion plus englobantes tout en restant ancrée dans l'expérience concrète racontée par les femmes. Enfin, la discussion a permis de faire dialoguer les récits des femmes avec la pensée des auteurs sur lesquels je me suis appuyée afin d'élaborer ma réflexion. Enfin, tout au long de cette démarche interprétative j'ai eu à cœur de reconnaître ma propre participation à l'élaboration des idées amenées comme un facteur d'influence sur le résultat final. J'ai tenté de présenter une recherche sous forme de récit, une recherche qui permettait de mettre en mots l'expérience des femmes en la racontant. Une compréhension a pu être développée à partir des éléments mentionnés précédemment, et je souhaite maintenant présenter de manière plus spécifique les apports de cette recherche aux savoirs dans le domaine de la psychologie et de la procréation assistée. Seront par la suite présentées les recommandations cliniques issues de ce travail de recherche.

7.1.2 Apports de la recherche

Il m'apparaît d'abord important de mentionner que cette recherche trouve son originalité en ce qu'elle pose un regard existentiel sur l'expérience de femmes pour qui le processus de procréation médicalement assistée n'ouvre pas sur le résultat espéré au départ. Notamment, j'ai pu présenter une compréhension du thème de la

corporéité dans ce contexte particulier en soulignant que le corps pouvait être compris comme un entrelacs, un lieu de rassemblement d'éléments hautement significatifs du parcours des femmes. Ceci a pu mettre en lumière le sens que prend le corps et surtout le récit du corps lorsque les femmes partagent leur expérience. J'ai également proposé que la corporéité pouvait être blessée à la fois par les traitements intrusifs et parfois douloureux, mais aussi par la dimension symbolique du ventre vide, le ventre qui ne porte pas la vie, mais qui porte pourtant les marques d'un parcours éprouvant.

Le thème de la limite a pu être pensé relativement à la décision de cesser les traitements, et j'ai pu présenter un certain remaniement de cet enjeu au sein même du processus de recherche. J'ai avancé l'idée que la limite, dans le contexte de la PMA, se concevait plutôt comme la rencontre d'une limite intérieure, mouvante et comportant de multiples aspects. J'ai pu proposer que la rencontre de cette limite intérieure que rencontrent les femmes quant à la possibilité de cesser les traitements pouvait ouvrir sur la possibilité pour elles de « prendre leur place » et de revenir, en quelque sorte, à leur désir. La notion de deuil a été mise de l'avant également, relativement à l'arrêt des traitements.

Également, j'ai pu développer l'enjeu identitaire autour du fait d'être une femme sans enfant. En m'appuyant notamment sur la pensée de Paul Ricoeur, j'ai pu présenter combien l'ébranlement identitaire, les mouvements d'isolement et de ruptures relationnelles pouvaient être compris comme le signe de la souffrance de ne pas être mère lorsque cela est l'état désiré. La possibilité de se raconter ouvre à la possibilité pour les femmes de réconcilier les parts blessées de leur identité et ainsi, de se donner naissance. La pensée de Ricoeur permet d'adopter un angle original quant au sujet de cette recherche et n'est apparemment pas présente dans les écrits actuels. En ce sens, cette thèse se veut une contribution aux savoirs déjà existants. Elle pose par ailleurs un regard nouveau en proposant une méthodologie qui permet l'élaboration d'un récit qui donne à penser.

Enfin, cette recherche a pu élaborer une réflexion existentielle sur le thème de l'échec de la procréation assistée, laquelle est directement puisée à la source du récit des femmes. Ce faisant, elle leur donne la parole. Bien que cela n'était pas sa visée première, la recherche a peut-être constitué un lieu d'élaboration et d'appropriation de leur expérience pour les femmes qui y ont pris part.

7.1.3 Recommandations cliniques

À la lumière des apports de cette thèse, les recommandations cliniques seraient de trois ordres. D'abord, il m'apparaît nécessaire de maximiser les lieux de parole potentiels pour les femmes qui traversent ces traitements. Plusieurs femmes m'ont mentionné ne pas avoir eu recours aux services d'un psychologue durant le traitement, car cela était vécu comme une charge supplémentaire dans un horaire déjà bien chargé. Néanmoins, il semble que de faciliter l'accès aux services psychothérapeutiques pourrait s'avérer pertinent. Il me faut toutefois souligner qu'un lieu de parole peut être mis en place par l'écoute que porte chacun des intervenants qui agissent auprès des femmes. En ce sens, il me semble important de sensibiliser le personnel oeuvrant auprès de ces femmes quant aux enjeux traversés.

Les éléments constituant les apports de cette recherche ont pu mettre en lumière certains thèmes centraux qui ralliaient différentes sphères de l'expérience des femmes. Par exemple, à travers la manière de parler de son leur corps, les femmes exprimaient parfois une forme de pertes d'elles-mêmes puis de tentative de retour à soi. En ce sens, j'aimerais inviter le clinicien à utiliser ces éléments centraux comme levier pour l'élaboration que font les femmes de leur parcours. Le fait de soutenir l'élaboration en ayant en thème la complexité de ces enjeux peut éventuellement mener à une exploration plus vaste de l'histoire personnelle et une tentative d'intégration de l'expérience de la PMA à celle-ci.

Par ailleurs, j'ai pu avancer que la décision de cesser les traitements comporte un processus de deuil. Cette décision est souvent corollaire à une forme de limite rencontrée, quelque chose de l'ordre d'un « c'est assez » vécu intérieurement par les femmes et trouvant également un appui dans la réalité extérieure (effets secondaires marqués sur le corps, fatigue extrême ressentie, cadre légal qui couvre les traitements, etc.) Toutefois cette limite est complexe et se dessine souvent comme un point de rencontre de plusieurs désirs souvent contradictoires (celui de cesser les traitements tout en sachant que c'est une manière de tenter de concevoir un enfant). Dans le contexte où la trajectoire de traitements s'avère longue et comporte plusieurs essais infructueux, j'invite le clinicien à amener les femmes à parler de ces multiples facettes du désir, du vécu, ce afin qu'elles puissent explorer ce qui se joue autour de cette décision. Leur permettre de parler de la pluralité des limites qui se côtoient dans ce contexte est déjà une manière potentielle de les amener à s'approprier leur parcours, leur décision, et à se définir comme femme à travers ce processus.

Ensuite, j'invite le clinicien à entendre la spécificité de cette souffrance comme ce qui se donne à vivre pour le sujet et qui peut ouvrir vers une histoire connectée aux autres histoires. Un « raconté » qui s'inscrit quelque part dans la multiplicité et la complexité des mouvements que le fait d'exister interpelle. En ce sens, je souhaite souligner les risques d'adhérer à une pensée qui se figerait dans le paradigme de la « spécialisation » d'une souffrance particulière. En effet, cela comporte peut-être le danger d'enfermer les femmes précisément dans ce qui les isole. Autrement dit, entendre au-delà, voir où cela bloque et éventuellement où cela peut ouvrir. Il s'agit d'une invitation à se pencher sur leur expérience et de créer un espace pour en parler. Pour faire exister cela en se rappelant qu'une écoute ouverte et curieuse repose d'abord sur la reconnaissance de notre non-savoir.

Enfin il me semble pertinent de trouver l'équilibre entre avoir des connaissances sur le sujet (de l'infertilité et de la PMA), et s'intéresser aux multiples enjeux soulevés

par ces expériences, et dont notamment cette thèse fait état. Mais aussi plus largement, être capable de reconnaître cette expérience comme un mythe de la condition humaine laquelle implique nécessairement la finitude, la perte, le renoncement. En entendant ces histoires pour ce que leur spécificité fait résonner de plus vaste (sans pour autant intellectualiser ou perdre de vue la singularité de la femme qui s'adresse à nous), peut-être que nous pouvons également aller à la rencontre de la complexité du vécu de la femme qui se raconte, mais aussi de tout ce qu'elle est et qui la constitue avec et autour de son expérience de femme sans enfant

7.2 Limites de la recherche

Je souhaite maintenant souligner quelques limites de cette recherche, dont certaines pourront donner lieu à des pistes de recherches futures lesquelles seront présentées au point suivant. La première limite dont je souhaite faire mention est le revers d'une recherche interprétative, à savoir que celle-ci n'a pas produit un savoir généralisable. Cela n'était bien sûr pas la visée de cette recherche avec laquelle j'ai surtout tenté d'approfondir une compréhension des cinq femmes rencontrées. Ainsi, les thèmes et dynamiques ayant émergé de cette thèse ne sont pas nécessairement descriptifs de l'expérience de toutes les femmes qui cessent les traitements de fécondation in vitro sans avoir eu d'enfant. Je dirais qu'il s'agit d'une compréhension du vécu des femmes que j'ai rencontrées et de celles dont j'ai lu le blogue. J'ajouterais que cette compréhension est le fruit de mon travail comme chercheuse, avec ce qui a pu teinter le processus de recherche et qui provient de ma propre subjectivité. Néanmoins, le fruit de ce travail ne prétend pas être une vérité, mais plutôt un récit qui donne à penser. J'espère avoir formulé les résultats de cette recherche d'une manière suffisamment souple afin qu'ils puissent inspirer le clinicien dans son travail auprès des femmes concernées par cette expérience.

La seconde limite que je souhaite souligner concerne le peu de place accordée au père, ou au conjoint des femmes dans les analyses transversales et dans la discussion de la thèse. Je souhaitais au départ me concentrer sur l'expérience des femmes, et il convient évidemment de bien circonscrire un projet de recherche afin d'éviter de se perdre. Par ailleurs, il est évidemment impossible de tout couvrir. Toutefois, et dans l'après-coup, je constate que la question de la mère en devenir, et de la femme désirant un enfant ont occupé une place considérable, au détriment peut-être de la question du couple parental, ou même de la place du conjoint qui accompagne la femme en PMA ou la femme sans enfant. Cette question ouvre sur de multiples pistes de réflexion qui mériteraient d'être approfondies. Dans le cadre de la présente recherche, bien que certaines femmes aient parlé de leur conjoint, de leur relation de couple, ces éléments n'ont pas été mis de l'avant dans le processus d'interprétation des récits. Ceci peut s'expliquer d'une part par un souci que j'avais de m'en tenir au vécu singulier et individuel de la femme dans son expérience. Mais cela peut également parler du peu de place pour le père à travers ces processus. Est-ce le médical qui occupe toute cette place? Est-ce la blessure narcissique des femmes qui est si profonde qu'elles se retrouvent rivées à elles-mêmes et que la difficulté d'aménager un espace psychique pour le conjoint s'est rendue jusqu'à moi dans le processus de recherche? À ce point-ci, il ne s'agit évidemment pas de trouver une réponse exacte à ces questionnements. Je tenais toutefois à souligner qu'il ne me semble pas anodin que le thème du père (le père de l'enfant désiré et qui ne vient pas) ne soit pas davantage abordé ni par les femmes, ni pas moi dans les résultats de la recherche. Cela me semble signifiant et il m'apparaît évident que cet écueil pourrait inspirer des recherches futures.

Une troisième limite est que je me suis intéressée à des femmes hétérosexuelles en couple. L'expérience de la PMA ne se limite évidemment pas à ce profil de femmes, aussi cette recherche aurait pu rejoindre les femmes homosexuelles et monoparentales. J'ai choisi de m'en tenir à la situation établie au départ, puisqu'elle comportait

l'élément d'infertilité vécue après plusieurs tentatives de concevoir naturellement, et les démarches en PMA s'inscrivaient donc dans ce contexte particulier. Ce souci de bien circonscrire le sujet de recherche a néanmoins pour contrepartie d'avoir donné lieu à une recherche que l'on pourrait qualifier d'hétéro-normative.

Enfin, la quatrième et dernière limite concerne la place et le statut des blogues au sein de la recherche. J'ai choisi de faire de ces récits virtuels une analyse exploratoire qui allait pouvoir m'inspirer pour les entretiens que je mènerais par la suite. Toutefois, j'aurais pu en faire une analyse plus en profondeur et faire dialoguer davantage les résultats de cette analyse avec ceux des entretiens menés auprès des femmes. Cela aurait pu mettre en lumière des éléments différentiels entre ces deux types de mise en récit. Dans l'après-coup de la recherche, la voie de l'écriture (et notamment la rédaction d'un blogue) me semble intéressante à explorer davantage et pourrait certainement faire l'objet d'une recherche en elle-même.

7.3 Pistes de recherches futures

Puisque chaque limite présente une ouverture, les écueils présentés au point précédent peuvent certainement ouvrir vers des pistes de recherches futures. En ce sens, la question du père ou du conjoint dans ces démarches pourrait être fort intéressante à aborder, et ce du point de vue des femmes également. Quel espace psychique pour le père aménage la femme en traitements de PMA? Comment le tiers médical peut-il venir teinter la manière d'aménager cet espace? Dans cette même lignée, l'expérience des hommes en PMA est un sujet trop peu étudié. Une recherche interprétative portant sur l'expérience de l'homme pourrait également s'avérer fort pertinente.

Comme mentionné précédemment, le thème des blogues et par extension, celui de l'écriture, me semble intéressant à explorer plus en profondeur. D'une part pour approfondir notre compréhension de l'expérience des femmes, et d'autre part dans

une visée thérapeutique ayant l'écriture comme médium. Comment le fait d'écrire permet-il à la femme de se donner naissance? Comment l'écriture d'un blogue contribue-t-elle à l'appropriation d'une telle expérience? Ce sont là des exemples de questions auxquelles une recherche pourrait sans doute répondre.

Enfin, la trajectoire des traitements et de leur arrêt m'a menée à m'interroger sur la vie sans enfant qui s'ensuit. Cela dit, une recherche sur la grossesse et la maternité post-PMA dans une perspective existentielle pourrait s'avérer fort pertinente afin d'accompagner les futures mères dans l'intégration de ces expériences divergentes au sein de leur identité de femme.

7.4 Le mot de la fin

Il m'aura bien fallu les sept années nécessaires à l'élaboration de cette thèse pour rencontrer, sans bien sûr le satisfaire, mon désir d'écrire à propos de l'expérience de la procréation assistée. C'est portée par ce désir que je propose cette thèse, dont l'écriture m'a permis d'explorer l'insensé d'un évènement – celui de l'infertilité, des traitements de fécondation in vitro et de leur échec – en espérant que mes mots résonnent pour celles et ceux que cela concerne. Plutôt que de tenter de capturer ce qui ne se laisse jamais saisir, j'ai choisi de me laisser guider par ce qui m'a d'abord posé question et qui continue de le faire. C'est bien humblement que je souhaite que cette thèse puisse appeler à la curiosité, au désir de comprendre et de réfléchir à ce que vivent ces femmes. Nous nous trouvons, il me semble, à une époque où les tentatives de "solutions" se multiplient souvent au détriment de la sollicitude. Je souhaite pour les femmes que j'ai rencontrées, et pour celles qui traversent une expérience similaire de pouvoir trouver des lieux d'expression permettant de s'approprier leur histoire et de se construire. Pour celles et ceux qui accompagnent ces femmes, je souhaite une écoute capable de supporter l'impuissance face à l'expérience de désirer un enfant et de ne pas devenir mère. Une écoute qui sait

reconnaître les limites qui la constituent, une écoute humaine, pour que les femmes se sentent entendues dans leur souffrance, tout en continuant de porter leur désir afin de pouvoir se donner naissance, autrement.

ANNEXE A

ANNONCE DE RECRUTEMENT

*Étude sur l'expérience des femmes
et des traitements de fertilité*

Participantes recherchées : femmes en couple hétérosexuel ayant reçu plusieurs traitements de fécondation in vitro et ayant cessé les traitements sans avoir eu d'enfant

Objectif de la recherche: comprendre l'expérience de femmes ayant reçu plusieurs traitements de fécondation in vitro et desquels aucun enfant n'est issu

Implication : la participation implique deux entrevues d'environ une heure chacune. Les entretiens se dérouleront dans un lieu choisi par la participante (UQAM, domicile).

**Pour obtenir davantage d'information sur l'étude,
contacter :**

Céline Boissonneault

Candidate au doctorat en psychologie

Université du Québec à Montréal

(514) 999-8758

boissonneault.celine@courrier.uqam.ca

*Ce projet de recherche a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche
pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines de l'Université du
Québec à Montréal*

ANNEXE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Formulaire de consentement

Titre du projet de recherche : Lorsque la procréation n'advient pas : vers une compréhension du vécu existentiel de femmes ayant fait plusieurs fécondations in vitro desquelles aucun enfant n'est issu

1) Description du projet de recherche

Le présent projet de recherche vise une compréhension du vécu de femmes ayant fait plusieurs fécondations in vitro et desquelles aucun enfant n'est issu.

2) Nature de votre participation au projet

Votre participation consiste à donner deux entrevues au cours desquelles vous serez appelées à parler de votre expérience de la fécondation in vitro et de la vie sans enfant qui s'en-suit. Il vous sera également demandé de prendre une photographie avant le premier entretien et de parler de cette photo. Les entrevues se feront à un moment qui vous convient et pourront avoir lieu à l'UQAM, à votre domicile, ou à tout autre lieu permettant de respecter la confidentialité et procurant la discrétion nécessaire aux entrevues de recherche. Les deux entrevues seront enregistrées puis transcrites. Ces enregistrements et transcriptions ne serviront qu'à des fins d'analyse des données, seront dénominalisées, et ne seront pas identifiées à votre nom mais par un pseudonyme.

3) Avantages de la participation au projet

Par votre participation à ce projet de recherche, vous contribuez à l'avancement des connaissances quant aux enjeux psychologiques liés à

l'expérience de fécondation in vitro et de la vie sans enfant. Vous bénéficierez également d'un espace pour raconter votre histoire.

4) Risques ou inconvénients liés à la participation au projet

Votre participation à ce projet ne comporte pas de risques significatifs. Cependant, la prise de la photo et les deux entrevues demandent du temps et donc, implique une disponibilité de votre part. Certains inconvénients peuvent être liés aux déplacements nécessaires lors des entrevues. En ce sens, le lieu de l'entrevue sera, dans la mesure du possible, à votre discrétion, c'est-à-dire qu'il devra permettre de respecter la confidentialité. De plus, certaines thématiques abordées pourraient raviver un vécu difficile lié à votre expérience passée ou actuelle. Le format de l'entretien vous permettra de formuler votre récit à votre rythme, et vous pourrez en tout temps décider de ne pas parler d'un thème qui vous serait trop sensible.

5) Confidentialité

Tous les renseignements recueillis seront traités avec le plus grand respect pour la confidentialité. À cet effet, les transcriptions des entretiens seront dénominalisées et tout renseignement précis qui permettrait de vous identifier ne sera pas utilisé. Les données ne seront accessibles qu'aux personnes directement impliquées dans ce projet de recherche.

Un pseudonyme vous sera attribué et tous les documents vous concernant (enregistrement, photo, transcription d'entretien, questionnaire) seront identifiés par ce pseudonyme et conservés dans le bureau de la responsable du projet dans un classeur sous clé (UQAM), ainsi que dans des fichiers informatiques verrouillés, protégés d'un mot de passe.

Finalement, lors de la diffusion de résultats ou de résultats préliminaires dans le cadre de congrès ou de publication, des extraits de verbatim pourraient être utilisés. Ceux-ci seront identifiés du pseudonyme qui vous aura été attribué.

6) Diffusion des résultats de la recherche

Les résultats de cette recherche découleront d'une analyse globale du matériel recueilli. Aussi, l'analyse de vos résultats personnels ne vous sera pas accessible. Un résumé des résultats vous sera toutefois transmis par courriel au terme du projet.

7) Compensation pour la participation au projet

Il n'y a pas de compensation financière pour la participation à ce projet de recherche.

8) Droit de retrait

De la même manière que vous choisissez librement de participer à ce projet de recherche, vous bénéficiez en tout temps d'un droit de retrait. Vous n'avez qu'à en aviser la personne ressource dont les coordonnées se trouvent au point 9 du présent formulaire. Cela signifie que vous pouvez vous retirer du projet de recherche à tout moment et sans avoir à le justifier. Suite à un retrait, toutes vos données seront détruites et ne seront pas utilisées dans l'analyse des résultats.

9) Personnes ressources

Si vous avez des questions, commentaires ou plaintes concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la responsable du projet, Céline Boissonneault, au (514) 999-8758 ou par courriel à l'adresse suivante : boissonneault.celine@courrier.uqam.ca, ou avec sa directrice de thèse, Mme Florence Vinit, Ph.D. à l'adresse suivante : vinit.florence@uqam.ca.

10) Éthique

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPE) de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM. Pour toute question ne pouvant être adressée à la direction de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter la présidente du comité par l'intermédiaire de la coordonnatrice du CERPE, Anick Bergeron, au 514 987-3000, poste 3642, ou par courriel à l'adresse suivante : bergeron.anick@uqam.ca

11) Consentement à la recherche

Par ma signature, je consens à participer à ce projet de recherche. Je comprends le contenu de ce formulaire et je certifie en avoir reçu une explication verbale au cours de laquelle je me suis sentie libre de poser toutes mes questions. Je comprends également que ma participation à ce projet est volontaire et que je peux, en tout temps et sans avoir à le justifier, me retirer du projet.

Nom de la participante : _____

Signature de la participante : _____

Date : _____

Courriel de la participante : _____

Adresse postale de la participante : _____

Responsable du projet de recherche :

Signature : _____

Date : _____

ANNEXE C

CANEVAS D'ENTRETIEN

Thèmes abordés lors des entretiens

Thèmes abordés

- Le parcours en PMA
- L'arrêt des traitements
- Le rapport au corps, à la féminité
- Le rapport à la limite
- L'accompagnement reçu et/ou quels auraient été les besoins en terme d'accompagnement
- L'espace de parole offert par la recherche
-

Canevas d'entretien – 1^{er} entretien

Question d'entame : « Je vous ai demandé de prendre une photo qui disait quelque chose de votre parcours en PMA. Pouvez-vous me la présenter et m'en parler? »

Question de clôture : « Comment avez-vous vécu la rencontre d'aujourd'hui? »

Canevas d'entretien – 2^e entretien

Question d'entame : « Aujourd'hui, j'aimerais commencer l'entretien en revenant sur notre dernière rencontre. Comment avez vous vécu cette rencontre et le fait de me raconter votre parcours? »

Questions de clôtures : « Qu'est-ce qui vous a donné envie de participer à cette recherche? »

« Comment avez-vous vécu la rencontre d'aujourd'hui? La participation à la recherche? »

Exemples de relances en fonction des thèmes abordés

- Pouvez-vous me parler de votre rapport au corps durant les traitements?
- Parlez-moi de l'arrêt des traitements?
- Parlez-moi de l'accompagnement que vous avez reçu durant ces traitements? De quoi auriez-vous eu besoin?
- C'était comment pour vous, de recevoir ces traitements?
- Etc...

ANNEXE D

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Questionnaire sociodémographique

Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations descriptives générales.

1. Âge :

2. État civil :

3. Plus haut niveau de scolarité complété :
___ Secondaire (non complété)

___ Secondaire

___ Collégial

___ Universitaire (précisez) : _____

4. Occupation principale présentement :

5. Pays de naissance :

6. Nombre total de cycles et d'essais de FIV effectués :
7. Prise de médicaments au cours des démarches? (Précisez) :
8. Avez-vous eu recours à des services psychologiques au cours de vos démarches? (Précisez) :

RÉFÉRENCES

- Gouvernement du Québec : Cadre légal, Crédit d'impôt pour le traitement de l'infertilité : <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/grossesse-et-parentalite/services-de-procreation-assistee/cadre-legal/>
- Akram Karamidehkordi, R. L. R. (2014). Body image and its relationship with sexual function and marital adjustment in infertile women. *Iranian Journal of nursing and midwifery research*, 19(7), 51-58.
- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-Peau*. Paris : Dunod.
- Arendt, H. (1974). *Vies politiques*. Paris : Gallimard.
- Arendt, H. (1983). *Condition de l'homme moderne*. Paris: Calmann-Levy.
- Arendt, H. (2002). *Qu'est-ce que la philosophie de l'existence?* Paris : Payot.
- Ayouch, T. (2012). *Maurice Merleau-Ponty et la psychanalyse : la consonance imparfaite*. Paris : Le bord de l'eau.
- Bachelard, G. (1948). *La terre et les rêveries du repos*. Paris : Librairie José Corti.
- Badinter, E. (1980). *L'amour en plus : histoire de l'amour maternel (XVII-XXe siècle)*. Paris : Flammarion.
- Benyamini, Y., Nouman, H., & Alkalay, Y. (2015). Perceived control over the medical procedure and its association with adjustment to a low-control situation: the case of infertility. *Psychol Health Med*, 1-7. doi:10.1080/13548506.2015.1123816

- Bergeret, J. (2008). *Psychologie pathologique: théorie et clinique*. Paris : Elsevier-Masson.
- Boissonneault C., Vinit, F. (2016). Du corps au ventre : récits de femmes en procréation assistée. La place du corps dans la rencontre de soi et l'accompagnement, Collectif du Cercle interdisciplinaire de recherches phénoménologiques, 3, 113-137.
- Boissonneault C., Vinit, F. (2016). Entre récits et résultats : la voie de l'écriture pour maintenir le dialogue ouvert. *Recherches qualitatives*, 35(2), 7-22.
- Boivin, J., & Pennings, G. (2005). Parenthood should be regarded as a right. *Arch Dis Child*, 90(8), 784-785. doi:10.1136/adc.2004.064485
- Boivin, J. S., L.C; Walker, S.M. (1999). Why are infertile patients not using psychosocial counselling? . *Human Reproduction*, 14(5), 1384-1391.
- Bokaie, M. e. a. (2015). Sexual behavior of infertile women: a qualitative study. *Iran J Reprod Medecine*, 13(10), 645-656.
- Buber, M. (1969). *Je-Tu*. Paris : Aubier.
- Bushnik, T., Cook, J., Hughes, E., Tough, S. (2012). "Seeking medical help to conceive." *Statistics Canada Catalogue: Health report* 23(4): 3-9.
- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie: itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris: Presses universitaires de France.
- Bydlowski, M. (2001). Regard intérieur de la femme enceinte: transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir*, 13(2), 41-52. doi:10.3917/dev.012.0041
- Bydlowski, M. (2008). *Les enfants du désir*. Paris : Odile Jacob.
- Chateaufneuf, D. (2011). Projet familial, infertilité et désir d'enfant : usages et expériences de la procréation médicalement assistée en contexte québécois. *Enfances, Familles, Générations*, 15, 61-77.

- Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 21(2), 293-308. doi:10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003
- Daniluk, J. T., E. . (2007). Long-term adjustment of infertile couples following unsuccessful medical intervention. *Journal of Counseling and Development*, 85.
- De Beauvoir, S. (1986). *Le deuxième sexe – I*. Paris : Gallimard.
- Dejours, C. (1993). Le corps entre biotechnologies et psychanalyse: à propos des procréations médicalement assistées (PMA) *Filigrane*(2), 29-41.
- Delaisi de Parseval, G. (1983). *L'enfant à tout prix: essai sur la médicalisation du lien de filiation*. Paris: Éditions du Seuil.
- Delassus, J.-M. (2007). *Devenir mère: histoire secrète de la maternité*. Paris: Dunod.
- De Mijolla, A. (2002). *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris : Calmann-Lévy.
- Dolto, F. (1981). *Au jeu du désir*. Paris : Éditions du Seuil.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris : Éditions du Seuil.
- Domar, A.D. et coll. (2000). The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. *Health Psychology*. 19(6), 568-575.
- Domar, A. D. (2004). Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients. *Fertility and Sterility*, 81(2), 271-273. doi:10.1016/j.fertnstert.2003.08.013
- Driscoll, M. A., Davis, M. C., Aiken, L. S., Yeung, E. W., Sterling, E. W., Vanderhoof, V., . . . Nelson, L. M. (2016). Psychosocial Vulnerability, Resilience Resources, and Coping with Infertility: A Longitudinal Model of Adjustment to Primary Ovarian Insufficiency. *Ann Behav Med*, 50(2), 272-284. doi:10.1007/s12160-015-9750-z

- Faure-Pragier, S. (1997). *Les bébés de l'inconscient : Le psychanalyste face aux stérilités féminines aujourd'hui*. Paris, Presses universitaires de France.
- Ferland, P., & Caron, S. L. (2013). Exploring the Long-Term Impact of Female Infertility: A Qualitative Analysis of Interviews With Postmenopausal Women Who Remained Childless. *The Family Journal*, 21(2), 180-188. doi:10.1177/1066480712466813
- Flis-Trèves, M. *Le deuil de maternité*. Paris : Calmann-lévy.
- Freud, S. (1967). *L'interprétation des rêves*. Paris : Presses universitaires de France.
- Freud, S. (1968). *Métapsychologie*. Paris: Editions Gallimard.
- Freud, S. (1987). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris : Éditions Gallimard.
- Gadamer, H.-G. (1976). *Vérité et Méthode*. Paris: Éditions du Seuil.
- Gadamer, H.-G. (1996). *La philosophie herméneutique*. Paris : Presses universitaires de France.
- Gadamer, H.-G. (1998). *Philosophie de la santé*. Paris : Grasset-Mollat.
- Gaille, M. (2011). *Le désir d'enfant: Histoire intime, enjeu politique*. Paris: Presses universitaires de France.
- Galhardo, A., Moura-Ramos, M., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2016). The infertility trap: how defeat and entrapment affect depressive symptoms. *Hum Reprod*, 31(2), 419-426. doi:10.1093/humrep/dev311
- Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L., & Verhaak, C. M. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Hum Reprod Update*, 18(6), 652-669. doi:10.1093/humupd/dms031

- Greil, A. (1997). "Infertility and psychological distress: A critical review of literature." *Soc sci Med*(45): 1679-1704.
- Greil, A. L., McQuillan, J., Lowry, M., & Shreffler, K. M. (2011). Infertility treatment and fertility-specific distress: A longitudinal analysis of a population-based sample of U.S. women. *Soc Sci Med*, 73(1), 87-94. doi:10.1016/j.socscimed.2011.04.023
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociology of Health and Illness*, 32(1), 140-162. doi:10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x
- Greil, A. L. M. J. S.-B., Kathleen. (2011). The social construction of infertility. *Sociology Compass*, 5(8), 736-746.
- Grondin, J. (2003). *Le tournant herméneutique de la phénoménologie*. Paris: Presses universitaires de France.
- HaCohen, N., Amir, D., & Wiseman, H. (2016). Women's narratives of crisis and change: Transitioning from infertility to pregnancy. *J Health Psychol*. doi:10.1177/1359105316652465
- Heidegger, M. (1927). *Être et temps*. Édition numérique hors commerce.
- Heidegger, M. (1962). *Chemins qui ne mènent nulle part*. Paris: Gallimard.
- Hentsch, T. (2005). *Raconter et mourir : aux sources narratives de l'imaginaire occidental*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Hentsch ,T. (2006). *La mer, la limite*. Montréal : Héliotropes.
- Hertzog, I. (2011). Femmes actives et assistance médicale à la procréation: La réalisation de soi doublement fragilisée. *Dialogue*. 2(192), 123-135.
- Hottois, G. (1996). *Entre symboles et technosciences : un itinéraire philosophique*. Paris : Éditions Champ-Vallon.

- Husserl, E. (1954). *La crise des sciences européennes et la philosophie transcendantale*. Paris : Gallimard.
- Isupova, O. G. (2011). Support through patient internet-communities: Lived experience of Russian in vitro fertilization patients. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 6(3). doi:10.3402/qhw.v6i3.5907
- Jager, B. (1996). The obstacle and the treshold: Two fundamental metaphors governing the natural and the human sciences." *Journal of Phenomenological psychology* 27(1): 1-16.
- Jager, B. (1997). Concerning the festive and the mundane : A phenomenological exploration of lived time. *Journal of phenomenological psychologie*, 28(2).
- Jager, B.(2013). Psychology as an Art and as a Science : A reflection on the myth or Prometheus. *The humanistic psychologist*, 41(3), 261-284.
- Jaspers, K. (1965). *Introduction à la philosophie*. Paris: Librairies Pion.
- Johnson, B., & Quinlan, M. M. (2017). Insiders and Outsiders and Insider(s) Again in the (In)fertility World. *Health Commun*, 32(3), 381-385. doi:10.1080/10410236.2016.1138384
- Johnson, K. M., & Fledderjohann, J. (2012). Revisiting "her" infertility: medicalized embodiment, self-identification and distress. *Soc Sci Med*, 75(5), 883-891. doi:10.1016/j.socscimed.2012.04.020
- Kaliarnta, S., et al. (2011). "Emotions and Ethical Considerations of Women Undergoing IVF-Treatments." *HEC Forum* 23(4): 281-293.
- Kundera, M. (1976). *La valse aux adieux*. Paris: Gallimard.
- Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France.
- Le Breton, D. (1992). *La sociologie du corps*. Paris: Presses universitaires de France.
- Le Breton, D. (1999). *L'Adieu au corps*. Paris Métailié.

- Le Breton, D. (2010). *Expérience de la douleur : entre destruction et renaissance*. Paris : Métailié.
- Lombard, G. (2006). "Le blog et le nombril." *Champ psychosomatique* 43(3): 125.
- Martin, S. (2011). *Le désenfancement du monde: utérus artificiel et effacement du corps maternel*. Montréal: Liber.
- Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*. Paris : Presses universitaires de France.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard.
- Merleau-Ponty, M. (1985). *L'œil et l'esprit*. Paris : Gallimard.
- Miller et coll. (2007). Infertility. *Am Fam Physician*. 75(6), 849-856.
- Misiak, H., & Sexton, V. S. (1973). *Phenomenological, existential, and humanistic psychologies: A historical survey*. Oxford, England: Grune & Stratton.
- Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M. C., Soares, I., & Almeida-Santos, T. (2016). Does infertility history affect the emotional adjustment of couples undergoing assisted reproduction? the mediating role of the importance of parenthood. *Br J Health Psychol*, 21(2), 302-317. doi:10.1111/bjhp.12169
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2013). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
- Phillips, E., et al. (2014). "Managing multiple goals during fertility treatment: An interpretative phenomenological analysis." *Journal of Health Psychology* 19(4): 531-543.
- Quintin, J. (2005). *Herméneutique et psychiatrie*. Montréal : Liber.
- Quintin, J. (2012). La mise en sens de l'expérience humaine. *Cahiers du Crip*.3, 42-59.

- Ricoeur, P. (1965). *De l'interprétation: essai sur Freud*. Paris, Éditions du Seuil.
- Ricoeur, P. (1985). *Temps et récit 3: Le temps raconté*. Paris: Éditions du Seuil.
- Ricoeur, P. (1994). *La souffrance n'est pas la douleur*. Autrement, souffrances(142), 1-7.
- Ricoeur, P. (1996). *Soi-même comme un autre*. Paris : Gallimard.
- Roegiers, L. (1994). *Les cigognes en crise*. Bruxelles : De Boeck.
- Rose, G. (2007). *Visual methodologies : An introduction to the interpretation of visual material*. New York : Sage.
- Salvatore, P. et al. (2001). Psychopathology, personality and marital relationship, in patients undergoing in vitro fertilization procedures. *Fertility and sterility*. 75(6), 1119-1125.
- Simms, E.-M. (2008). *The child in the world: Embodiment, Time, and Language in early childhood*. Detroit, Wayne State University Press.
- Sweeny, K., Andrews, S. E., Nelson, S. K., & Robbins, M. L. (2015). Waiting for a baby: Navigating uncertainty in recollections of trying to conceive. *Soc Sci Med*, 141, 123-132. doi:10.1016/j.socscimed.2015.07.031
- Thompson, C. (2016). IVF global histories, USA: between Rock and a marketplace. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 2, 128-135. doi:10.1016/j.rbms.2016.09.003
- Thompson, E. H., Woodward, J. T., & Stanton, A. L. (2011). Moving forward during major goal blockage: situational goal adjustment in women facing infertility. *J Behav Med*, 34(4), 275-287. doi:10.1007/s10865-010-9309-1
- Tilmant, I. (2010). *Ces femmes qui n'ont pas d'enfant, la découverte d'une autre féminité*. Paris: De Boeck.

- Tort, M. (1992). *Le désir froid : procréation artificielle et crise de repères symboliques*. Paris : Éditions La Découverte.
- Ulrich, M. and A. Weatherall (2000). "Motherhood and Infertility: Viewing Motherhood through the Lens of Infertility." *Feminism & Psychology* 10(3): 323-336.
- Vacquin, M. (1999). *Mains basses sur les vivants*. Paris : Fayard.
- Van den Berg, J. H. (2007). "Garder le lit" - Essai de phénoménologie de l'alitement. Essais de psychologie phénoménologique-existentielle Réunis en hommage au professeur Bernd Jager. C. Thiboutot. Montréal, Cercle interdisciplinaire de recherches phénoménologiques.
- Van Manen, M. (1989). "Pedagogical text as method: phenomenological research as writing."
- Van Manen, M. (2006). Writing qualitatively, or the demands of writing. *Qual Health Res*, 16(5), 713-722. doi:10.1177/1049732306286911
- Vassard, D., et al. (2012). "The impact of social relations among men and women in fertility treatment on the decision to terminate treatment." *Hum Reprod* 27(12): 3502-3512.
- Verhaak, C. M. (2005). "A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles." *Human Reproduction* 20(8): 2253-2260.
- Verhaak, C. M., et al. (2006). "Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research." *Human Reproduction Update* 13(1): 27-36.
- Vinit, F. (2007). *Le toucher qui guérit*. Paris, Editions Belin.
- Williams, M.E. (1997). Toward greater understanding of the psychological effects of infertility on women. *Psychotherapy in Private Practice*. 16 (3), 7-26.
- Wirtberg, I., et al. (2007). "Life 20 years after unsuccessful infertility treatment." *Hum Reprod* 22(2): 598-604.

Wouter et al. (2009). Dynamics of internet usage during the stages of in vitro fertilization. *Fertility and sterility*.91 (3), 953-956. doi : 10.1016/j.fertnstert.2007.12.059

Ying Ying, L. et coll. (2015). Gender differences in experiences with and adjustments to infertility : A litterature review. *International journal of nursing studies*. 52(10), 1640-1652. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.004>

Young, I. M. (2005). *On female body experience: "Throwing like a girl" and other essays*. Oxford : Oxford University Press.