

Université de Montréal

**Désir d'enfant, procréation médicalement assistée et adoption:  
réflexion sur la définition des liens de parenté**

Doris CHATEAUNEUF

**Département d'anthropologie  
Faculté de sciences sociales**

Thèse présentée à la Faculté de sciences sociales  
en vue de l'obtention du grade de doctorat (Ph.D) en anthropologie

Mars 2011

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée:

**Désir d'enfant, procréation médicalement assistée et adoption: réflexion sur la  
définition des liens de parenté**

présenté(e) par :  
**Doris CHATEAUNEUF**

a été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes :

Président-rapporteur / Représentant du doyen : Bernard Bernier

Directrice de recherche : Françoise-Romaine Ouellette

Membre du jury : Gilles Bibeau

Examinatrice externe : Anne Cadoret

## RÉSUMÉ

Le contexte social dans lequel s'inscrivent le désir d'enfant et la procréation en Occident s'est profondément transformé au cours des dernières décennies. Après l'introduction de la contraception et l'augmentation du nombre d'enfants nés hors mariage, le développement des nouvelles techniques reproductives et de l'adoption, notamment l'adoption internationale, ont à leur tour contribué à la transformation des cadres dans lesquels s'inscrivent les relations de parenté et la formation des familles.

À partir de l'étude de témoignages de couples québécois dont les échecs successifs en procréation médicalement assistée (PMA) ont mené à la décision d'adopter, cette thèse interroge les multiples dimensions qu'implique un tel type de trajectoire. Sur le plan social, tant la procréation médicalement assistée que l'adoption nécessitent l'intervention d'une tierce partie pour concrétiser et faire reconnaître l'établissement du lien filiatif, soit la médecine dans le cas de la PMA et celle des autorités juridiques et gouvernementales dans le cas de l'adoption. Les deux phénomènes mettent également en scène des situations et des enjeux hautement révélateurs des valeurs et des représentations collectives en matière de parenté et de famille. D'un premier abord, le type de parcours étudié semble illustrer le passage entre deux sphères complètement distinctes: celle de la nature et du biologique incarnée par la PMA et celle de la culture et du lien social incarnée par l'adoption. Or, l'étude des trajectoires des participants donne à voir une situation beaucoup plus complexe où s'entremêlent un ensemble d'explications et de facteurs relatifs au désir d'enfant, à la famille, à la parentalité qui ne font sens qu'une fois replacés dans le contexte des grandes tendances sociales et idéologiques qui traversent notre société. Plus globalement, les analyses proposées dans cette thèse participent au développement d'une anthropologie de la parenté qui tienne compte des dynamiques et des tensions qui touchent la famille moderne.

### MOTS-CLÉ :

anthropologie de la parenté - procréation médicalement assistée - adoption - désir d'enfant - parentalité - filiation - reproduction – infertilité - famille

## ABSTRACT

The social context surrounding reproduction and the desire for children in the West has undergone a profound transformation in recent decades. Following the introduction of contraception and the increase in the number of children born out of wedlock, the development of new reproductive technologies and adoption, particularly international adoption, has in turn contributed to transforming the frameworks surrounding kinship and the formation of families.

Based on the testimonials of Québec couples whose successive failures in medically assisted procreation (MAP) have led them to the decision to adopt, this thesis examines the multiple dimensions involved in this type of trajectory. Socially, both AR and adoption require the intervention of a third party to establish and legitimize filiation: the medical profession in the case of AR, and legal and government authorities in the case of adoption. Both phenomena also put into play situations and issues that are highly revealing of values and collective representations regarding kinship and the family. At first glance, the type of path studied seems to illustrate a transition between two completely separate spheres: that of nature and biology embodied by AR, and that of culture and social relations embodied by adoption. However, the study of the participants' trajectories reveals a much more complex situation in which a set of explanations and factors related to the desire for children, the family, and parenthood intertwine and make sense only when viewed in the context of the major social and ideological trends that our society is undergoing. More generally, the analyses proposed in this thesis contribute to the development of an anthropology of kinship that accounts for the dynamics and tensions that affect the modern family.

### KEYWORDS:

anthropology of kinship - assisted reproduction - adoption - desire for children - parenting - filiation - reproduction - infertility - family

## TABLE DES MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ</b> .....	iii
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	v
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	x
<b>ACRONYMES</b> .....	xi
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	xii
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE</b> .....	1
<b>CHAPITRE I.</b>	
<b>INFERTILITÉ, PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE ET ADOPTION AU QUÉBEC : CADRES, PRATIQUES ET ENJEUX</b>	
Introduction.....	7
1.1 L’infertilité.....	7
1.2 La PMA au Québec : pratiques, méthodes et définitions.....	11
1.2.1 Au-delà du progrès, les enjeux sociaux.....	18
1.3 L’adoption en contexte québécois.....	21
1.3.1 L’enfant au centre : les nouveaux défis de l’adoption.....	28
1.4 Le croisement de la PMA et de l’adoption comme lieu d’étude.....	32
<b>CHAPITRE II.</b>	
<b>PARENTÉ, FAMILLE ET REPRODUCTION DU CORPS SOCIAL : RÉFLEXION THÉORIQUE</b>	
Introduction.....	37
2.1 Regard sur l’anthropologie de la parenté.....	37
2.1.1 Schneider et le déclin des approches fonctionnaliste et structuraliste.....	40
2.1.2 Les conceptualisations contemporaines de la parenté.....	43
2.1.3 La génétique : version moderne de l’apparentement biologique?.....	46
2.2 La famille en Occident.....	51
2.2.1 Liens familiaux, liens filiatifs.....	52
2.2.2 De la “famille patrimoine” à la “famille relationnelle”.....	54
2.2.3 Électivité et parentalité; l’émergence de nouvelles considérations.....	60
2.2.4 Le désir d’enfant.....	64

2.2.5 Au Québec : nouveau contexte pour l'union civile et la filiation.....	68
Conclusion. La parenté et la famille : continuités et transformations.....	71
2.3 La procréation assistée: penser autrement la reproduction.....	74
2.3.1 Reproduction, engendrement et filiation.....	75
2.3.2 Biologie "naturalisée" ou parenté "biologisée": une dichotomie ébranlée.....	78
2.3.3 La reproduction médicalisée : infertilité, corps et science .....	81
2.3.4 Droit et éthique: replacer les NTR dans un cadre critique.....	86
2.4 L'adoption.....	93
2.4.1 L'adoption : conceptions "variées" et pratiques changeantes.....	94
2.4.2 Entre le biologique et l'électif.....	98
2.4.3 L'adoption et le principe du meilleur intérêt de l'enfant .....	102
2.4.4 Adoption, identité et origines : un difficile équilibre?.....	106
2.5 L'accès aux origines comme point de croisement.....	111
Conclusion. La PMA et l'adoption : comparer, distinguer, relier .....	116
2.6 Points de repère conceptuels : résumé.....	119

### **CHAPITRE III.**

#### **REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES**

Introduction.....	125
3.1 Une anthropologie de la reconnaissance.....	125
3.1.1 Questionner la parenté : le choix d'une approche qualitative.....	126
3.1.2 Entre savoir scientifique et savoir profane : la recherche d'un équilibre.....	127
3.1.3 Le choix d'une anthropologie chez-soi.....	130
3.2 Récits et expériences : le recueil des données.....	133
3.2.1 L'étude des trajectoires à travers l'entretien de type biographique.....	133
3.2.2 Échantillon : Portrait des couples interrogés.....	136
3.3 Le travail d'analyse des données.....	144
3.3.1 Rendre les données dynamiques et "parlantes".....	144
3.3.2 Récits, expériences et théorie : revisiter l'approche conceptuelle.....	146
3.3.3 Enfant, famille et parenté : récits individuels, repères collectifs.....	148

### **CHAPITRE IV.**

#### **DÉSIR D'ENFANT : ENTRE VOLONTÉ ET CAPACITÉ**

Introduction.....	151
4.1 Le désir d'enfant : « <i>un enfant si je veux, quand je veux!</i> » .....	152
4.1.1 L'enfant comme expression naturelle du couple.....	152
4.2 L'infertilité : « <i>un enfant si je veux, quand je veux... mais si je peux</i> ».....	158
4.2.1 L'idée de devoir vivre sans enfant.....	158

4.2.2 L'infertilité : une maladie, un état, un symptôme?.....	164
4.2.3 Les préjugés liés à l'infertilité.....	166
4.2.4 Les enjeux identitaires, conjugaux et sociaux de l'infertilité.....	171
a) L'infertilité comme cassure identitaire "genrée".....	172
b) Infertilité et conjugalité.....	177
c) Situer l'infertilité dans un espace social.....	184
4.3 Les traitements en clinique de fertilité .....	189
4.3.1 Les traitements de l'infertilité et la transformation du rapport à la procréation.....	189
a) Technicisation de la reproduction.....	189
b) Infertilité et PMA : jusqu'où pousser la nature?.....	193
c) D'abord les traitements, ensuite l'adoption : "c'est logique".....	198
d) Le corps investigué: les effets physiques des traitements.....	200
e) Le couple éprouvé: conséquences des traitements sur la relation conjugale.....	203
4.3.2 Les relations au corps médical.....	205
a) La distance et le manque de proximité.....	206
b) Le savoir médical comme point d'articulation des relations.....	208
c) Le caractère dérangent de la dimension financière.....	212
d) La prévalence de la logique "proposition-décision".....	215
4.3.3 Médecine reproductive et adoption.....	217
4.3.4 Arrêt des traitements.....	220
a) Le surinvestissement du corps.....	221
b) Nature forcée : résultats incertains.....	223
c) Trop d'investissements, pas assez de chances de réussite.....	225
4.3.5 De l'embryon au nouveau-né: réflexion sur le statut du potentiel enfant.....	229
Conclusion.....	231

## CHAPITRE V.

### ZONE DE PASSAGE

Introduction.....	235
5.1 Les trajectoires de réalisation du désir d'enfant.....	237
5.1.1 Trajectoire 1 : Prendre le temps. Distinguer et intégrer.....	241
5.1.2 Trajectoire 2 : Enchevêtrement des démarches médicales et adoptives.....	249
5.1.3 Trajectoire 3 : PMA et adoption : les étapes distinctes d'une suite logique.....	256
Synthèse des trois trajectoires.....	259
5.2 Le deuil de l'enfant biologique.....	261
5.2.1 L'évaluation psychosociale et la mesure du deuil.....	262
5.2.2 Au-delà de l'enfant biologique: la dimension biologique.....	265
5.2.3 Relativiser le deuil de l'enfant biologique.....	267
5.2.4 Le deuil: un cheminement plus qu'un résultat.....	272
5.3 Entre la PMA et l'adoption : regard comparatif .....	279
5.3.1 Méthodes et procédures : entre la science et les papiers.....	279
5.3.2 Milieu et environnement : entre le froid et le chaud.....	284

5.3.3 Cheminement et vécu personnel : entre deux types d'expérience.....	288
5.3.4 Le projet parental comme terrain commun.....	291
Retour sur la dimension comparative.....	293
Conclusion.....	295

## **CHAPITRE VI.**

### **LE LIEN ADOPTIF : LE DÉFINIR, LE VIVRE ET LE PARTAGER**

Introduction.....	299
6.1 Définir et identifier.....	301
6.1.1 Adoption et parentalité .....	301
a) L'enfant, l'adoption, l'adopté.....	301
b) Le lien parent-enfant : une relation à construire.....	311
c) Entre la "maman" et la "génitrice": définition de la parenté biologique.....	318
d) Négocier avec des antécédents inconnus.....	330
6.1.2 Le passé, l'inné et l'acquis : entre déterminismes et contingences.....	334
a) La force du milieu.....	335
b) Multiplicité et mixité des influences.....	341
c) L'incontournable génétique.....	343
d) Déterminisme culturel.....	346
Conclusion.....	352
6.2 La filiation adoptive comme objet de réflexion sociale.....	354
6.2.1 La valeur des liens de sang.....	355
a) Les liens de sang comme gage d'un amour inconditionnel.....	356
b) Le "vrai" parent est celui que le sang désigne.....	364
c) Évolutions et transformations des contextes familiaux.....	368
6.2.2 L'adoption dans la société à travers les lunettes des adoptants.....	373
a) L'adoption comme transaction monétaire.....	373
b) L'adoption comme geste charitable.....	378
c) L'adoption: un terrain connu.....	382
d) L'adoption internationale: négocier la différence visible.....	386
6.2.3 La reconnaissance sociale de la légitimité du lien adoptif .....	391
a) Un manque de reconnaissance qui fait dans la subtilité.....	391
b) La reconnaissance des proches: pleine et entière.....	394
Conclusion.....	398

## **CHAPITRE VII.**

### **CONCLUSION GÉNÉRALE**

7.1 La pertinence de questionner les dimensions biologiques et sociales de l'apparentement.....	402
7.2 Résumé des conclusions.....	405
7.3 Apports de la recherche et pistes à développer.....	410



<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>413</b>
---------------------------	------------

## **ANNEXES**

Annexe 1 : Schéma d'entrevue.....	.xiv
Annexe 2 : Fiche de renseignements.....	xviii
Annexe 3 : Formulaire de consentement.....	xix
Annexe 4 : Le Petit Prince (chapitre XXI).....	xxi
Annexe 5 : Grille d'évaluation psychosociale. Critères de base.....	xxvi
Annexe 6 : Résumé des trajectoires .....	xxvii
Annexe 7 : Ventilation des coûts d'adoption(Chine).....	xxxii

## LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : Naissances chez les femmes de plus de 30 ans.....	9
TABLEAU 2 : Nombre d'enfants québécois adoptés.....	22
TABLEAU 3 : Évolution - adoptions internationales.....	26
TABLEAU 4 : Déroulement d'un projet d'adoption internationale.....	27
TABLEAU 5 : Schéma conceptuel .....	118
TABLEAU 6 : Portrait des cas étudiés .....	137
TABLEAU 7 : Caractéristiques des trajectoires types.....	239

## ACRONYMES

DPJ :	Directeur de la protection de la jeunesse
FIV :	Fécondation <i>in vitro</i>
FIV-D :	Fécondation in vitro avec donneur
IAC :	Insémination artificielle avec sperme du conjoint
IAD :	Insémination artificielle avec sperme de donneur
ICSI :	<i>Intra-Cytoplasmic Sperm Injection</i> (Injection de sperme intracytoplasmique)
IIU :	Insémination intra-utérine
NTR :	Nouvelles technologies reproductives
PMA :	Procréation médicalement assistée
SIA :	Secrétariat à l'adoption internationale
TESE :	<i>Testicular Sperm Extraction</i> (Extraction de sperme testiculaire)

## REMERCIEMENTS

*C'est avec une belle insouciance que j'ai entrepris cette aventure doctorale, heureuse à l'idée de pouvoir poursuivre mes réflexions en milieu universitaire. Puis au fil des ans, les embûches et les incertitudes se sont multipliées de sorte qu'aujourd'hui, je constate que n'eût été du soutien de certaines personnes-clefs, j'aurais difficilement pu mener ce projet à terme.*

*Merci d'abord à ma directrice, Mme Ouellette, qui tout au long de mes études doctorales, aura assumé avec brio son rôle de guide intellectuel. Jusqu'à la toute fin, elle aura su m'impressionner par sa disponibilité indéfectible et par la justesse et la minutie de ses commentaires. Son ouverture d'esprit et son approche respectueuse m'auront permis d'aller jusqu'au bout de l'exercice et de réaliser une thèse à l'image de mes préoccupations intellectuelles.*

*Ce long projet de recherche s'appuie également sur la rencontre de vingt-sept couples qui ont généreusement accepté de m'ouvrir les portes de leur foyer familial, mais aussi celles de leurs têtes et de leurs cœurs. Avec authenticité et engagement, ces couples ont bien voulu discuter d'un sujet personnel et sensible et partager avec une inconnue tout un pan de leur histoire familiale. Je les en remercie sincèrement.*

*Merci à mon conjoint et partenaire de vie, Dominic, pour son support inconditionnel, sa présence et sa compréhension lors de mes grands moments d'incertitude et parfois de découragement. C'est lui, meilleur papa "adoptif" de tous les temps, qui aura été la bougie d'allumage de ce long projet! Et que dire de mes deux formidables garçons, Edouard et Lou, qui ont tant vieilli au cours de ces années et qui ont cette capacité incroyable de me ramener aux réalités les plus banales et pourtant les plus essentielles de la condition humaine.*

*Merci à ma famille, à mes parents Ghislain et Raymonde qui ont toujours accordé une place de premier plan à l'éducation et qui nous ont encouragées, mes sœurs et moi, à poursuivre nos études et à aller au bout de nos capacités, et ce sans jamais nous imposer une pression à la performance. Merci à mes sœurs Edith et Julie qui à leur façon (c'est-à-dire en ajoutant chaque année un nouveau membre à la famille), ont largement contribué à me changer les idées et à me faire apprécier ma*

*propre “belle et grande” famille. Merci aussi à mon oncle Jean pour sa relecture attentive de certaines sections de la thèse.*

*Merci à mes amies proches : Véronique, Marie-Claire, Karine, Laurence et Marina. Combien essentielles sont devenues ces fidèles amitiés au fil de ces années de travail autonome où les contacts avec l’extérieur sont parfois bien limités!*

*Je tiens spécialement à remercier, le FQRSC, le CRSH, la Faculté des études supérieures (bourse de maternité) et l’INRS pour les bourses d’études qui m’ont été octroyées. L’aide financière que j’ai reçue de la part de ces organismes a été déterminante dans la poursuite de mes études doctorales.*

## INTRODUCTION GÉNÉRALE

De tout temps et en tout lieu, l'homme a situé la reproduction humaine dans un cadre normatif et fait de l'inscription du nouveau-né dans la parenté un processus d'identification, lui-même issu d'idées culturelles liées à l'engendrement et à la naissance: « *Tout être humain, dès sa naissance, est reçu dans un système de parenté qui lui préexiste et est prêt à fonctionner pour lui* » (Perret 1994 : 132). Il est donc généralement reconnu que les liens de parenté, loin de constituer un simple donné de la nature, sont plutôt le résultat d'une mise en pratique de principes communément admis par les individus. En ce sens, la reproduction s'inscrit dans une logique qui dépasse les cadres individualistes du projet parental et qui réfère à des valeurs et à des normes culturelles plus larges. Bien que progressivement reléguée dans les sphères de l'individualité et de la conjugalité, la venue au monde d'un enfant concerne pourtant toujours la collectivité dans son entier, considérant que la reproduction d'une société passe impérativement par celle de ses membres (Héritier 1985). La naissance renouvelle la vie et assure la continuité. Elle défie la mort et maintient le temps ouvert: « *Naître est un phénomène on ne peut plus individuel, initiant une manière unique d'être au monde. Il est, en même temps, un phénomène collectif, en ce que le nouveau-né, membre de l'espèce humaine, appartient à une histoire et à une trajectoire plus vastes* » (Pierron 2003 : 46).

La présente recherche interroge le parcours de couples québécois qui, après avoir tenté naturellement, puis par le biais de la médecine reproductive, d'avoir un enfant, ont finalement pris la décision d'adopter. En privilégiant une approche anthropologique centrée sur l'analyse des représentations et des pratiques en matière de reproduction, d'enfant et de famille, je me suis intéressée dans ce projet de recherche au passage entre la procréation médicalement assistée et l'adoption en contexte d'infertilité. Au cours des années 2008 et 2009, une trentaine de couples hétérosexuels ayant rencontré des problèmes d'infertilité et ayant par la suite choisi d'adopter (à l'international ou au Québec) ont été interviewés. C'est donc à partir de l'étude des récits de ces couples québécois que j'ai abordé les grands thèmes de la reproduction et de la famille et mis en évidence la complexité des critères de définition des liens de parenté.

Si l'accélération de l'individualisme et la transformation des paramètres de la famille moderne ont largement contribué à inscrire la reproduction dans le cadre restreint de la conjugalité, les phénomènes de la procréation assistée et de l'adoption présentent l'avantage d'insister sur la dimension publique et collective de l'enfantement et de la filiation. Le couple qui a recours à la procréation médicalement assistée transite par le champ de la médecine reproductive pour accéder à la paternité et à la maternité et ainsi créer une nouvelle filiation, alors que celui qui a recours à l'adoption transite par le champ juridique pour acquérir sa reconnaissance filiative. Dans les deux cas de figures, la création du lien filiatif exige l'intervention d'un tiers, soit le médecin dans la première situation ou le juge dans la deuxième. Par conséquent, tant l'adoption que la procréation médicalement assistée (PMA) sont discutées et débattues sur la place publique. D'ailleurs, les nouvelles décisions politiques<sup>1-2</sup> relatives à ces questions (chapitre 1) mettent en évidence le caractère public des deux types de démarches et témoignent des réflexions collectives associées à ces deux modes d'accès à l'enfant. La reconnaissance des aspects sociaux et collectifs de l'engendrement et de la naissance représente la pierre angulaire de cette thèse; elle constitue une préoccupation théorique et ethnographique qui traverse tous les chapitres.

Pendant de nombreuses années, la filiation en contexte occidental a paru immuable et durable. L'institution du mariage assurait la coordination des dimensions biologique, juridique et sociale de la filiation. Cette conception d'une filiation indivisible et biologique suscitait peu l'intérêt et l'investissement théorique de la part des anthropologues. Aujourd'hui, le réaménagement des critères de définition de la filiation et divers phénomènes comme les familles recomposées, l'homoparentalité, la procréation médicalement assistée et l'adoption mettent en évidence le caractère mouvant de la parenté et de la famille contemporaines en Occident (chapitre 2). De plus, ces phénomènes démontrent l'intérêt, pour les anthropologues qui investissent ce champ de recherche, de réfléchir aux fondements, aux processus et aux dynamiques à l'œuvre dans notre propre système de parenté. L'apport le plus significatif de cette thèse sur le plan théorique est sans doute de mettre à jour la complexité des relations entre les représentations biologiques et

---

<sup>1</sup> Au Québec, depuis le mois d'août 2010, le gouvernement provincial rembourse la plupart des frais liés à la procréation médicalement assistée, dont les trois premiers essais en FIV. Le programme s'adresse aux couples hétérosexuels infertiles, aux couples lesbiens et aux femmes seules.

<sup>2</sup> En octobre 2009, la Ministre de la Justice, Mme Katleen Weil, déposait un avant-projet de loi intitulé « *Loi modifiant le Code civil et d'autres dispositions législatives en matière d'adoption et d'autorité parentale* ».

sociales de l'apparement et de proposer une démarche analytique qui résiste à une logique dichotomique et qui tienne compte des transformations de la famille au cours des dernières décennies.

Les choix qui ont été faits quant à la manière de discuter le matériel conceptuel et l'ensemble des données recueillies (chapitre 3) poursuivent un objectif central : développer et pratiquer un type d'ethnographie qui débouche sur une perspective analytique capable de saisir les différents événements d'un même parcours, c'est-à-dire privilégier une logique de continuité qui permette de poser des liens entre chacun des moments de la trajectoire étudiée. En ce sens, une attention particulière et constante a été portée aux expériences vécues et à la subjectivité des acteurs concernés. Dans ce projet de recherche, j'ai également voulu dépasser l'idée du "couple infertile captif de son désir d'enfant" et considérer les femmes et les hommes comme des agents actifs capables d'analyser leur propre situation et de faire des choix éclairés, voire stratégiques. Ce troisième chapitre dresse également un portrait de la constitution de l'échantillon (non aléatoire) en explicitant les cas de figures étudiés par le biais d'un tableau récapitulatif.

D'un premier abord, les trajectoires des couples illustrent le passage entre deux sphères complètement distinctes : celle de la nature et du biologique incarnée par la PMA et celle de la culture et du lien social incarnée par l'adoption. Mais l'étude des parcours des acteurs visés donne à voir une situation beaucoup plus complexe où s'entremêlent un ensemble d'explications et de facteurs relatifs au désir d'enfant, à la famille, à la parentalité qui ne font sens qu'une fois replacés dans le contexte des grandes tendances sociales et idéologiques qui traversent notre société. Le chapitre 4 reprend la thématique du désir d'enfant et la met en parallèle avec le "vouloir" et le "pouvoir", c'est-à-dire qu'il interroge le désir d'enfant dans le contexte de l'incapacité reproductive. Il aborde évidemment l'infertilité et la place (ou plutôt l'absence) de l'enfant désiré au sein du couple, mais il s'attarde plus particulièrement à la dimension expérientielle de l'incursion des couples dans l'univers médico-reproductif et aux différentes implications qui lui sont liées. Un des apports significatifs de cette thèse, bien rendu dans ce quatrième chapitre, est de démontrer comment le désir d'enfant et la valeur accordée au projet parental s'inscrivent dans une logique qui dépasse les dimensions biologiques de la reproduction et de l'apparement et qui priorise l'accès à l'expérience de la parentalité.



Lorsque les couples recourent au milieu médical et aux différentes techniques d'aide à la procréation et lorsque, en cas d'échec, ils décident d'entreprendre des démarches d'adoption pour concrétiser leur désir d'enfant, ils se trouvent devant l'obligation non seulement de questionner les motivations sous-jacentes à leur désir d'enfant, mais également de revisiter et d'analyser les multiples dimensions qui accompagnent leurs actions. Quelle place occupe l'enfant potentiel au sein de l'espace conjugal? Quelles sont les limites à respecter dans l'univers pratiquement infini de l'assistance médicale à la procréation? Qu'est-ce qu'une famille et quels critères doivent être privilégiés pour la définir? Que faire de la valeur sociale hautement significative accordée aux liens de sang dans la définition des liens de parenté lorsqu'on prend la décision d'adopter? Le cinquième chapitre part d'un constat relativement simple : tous les couples en présence ont désiré un enfant, ont été incapables d'en concevoir un, ont fait appel à la médecine reproductive et suivi différents traitements qui se sont soldés en échecs, et ont par la suite fait le choix d'adopter. À partir de cet état des lieux, trois trajectoires-types sont présentées et analysées et servent de médium pour l'étude du passage entre les démarches médicales et adoptives. Le chapitre 5 pose également un regard comparatif et relève les différences et similitudes qui caractérisent les deux types de démarches au niveau des méthodes, des procédures, de l'environnement, des relations humaines entretenues et du cheminement. L'étude de cette zone de passage (chapitre 5) contribue à la compréhension des motivations sous-jacentes aux décisions et aux actions entreprises par les couples et met en lumière les processus sociaux qui jalonnent la construction de la famille moderne.

L'adoption et l'expérience de la parentalité adoptive s'inscrivent dans un espace culturel où domine le recours aux liens de sang pour déterminer les liens de parenté. Par le fait même, l'analyse des relations entre les membres du triangle adoptif ou encore de celles qu'entretiennent les familles adoptives avec leur environnement social immédiat et élargi permet de dresser un portrait très détaillé des forces et des tensions qui traversent le champ familial actuel (chapitre 6). À partir des explications mises de l'avant par les couples adoptifs, le sixième chapitre s'intéresse aux définitions de l'adoption et aux différentes dimensions de la filiation et de la parentalité adoptives. Ce chapitre dresse également les divers paramètres et cadres sociaux dans lesquels s'inscrit et se déploie l'expérience de l'adoption.

Considérant la quasi-absence d'études portant simultanément sur la PMA et l'adoption, la présente recherche, parce qu'elle s'intéresse aux différentes étapes d'un parcours qui s'étire dans le temps et qui touche à des dimensions passablement différentes du désir d'enfant, contribue à la compréhension des représentations relatives à la reproduction, à l'enfant et à la parentalité en contexte occidental et plus précisément, québécois. Plus encore, les témoignages offerts par les adoptants sur l'ensemble de leur parcours participent au développement d'une anthropologie de la parenté qui tienne compte des dynamiques et des tensions qui touchent la famille moderne.

# CHAPITRE I

## Infertilité, PMA et adoption au Québec : cadres, pratiques et enjeux

Il y a quelques années encore, lorsqu'un couple rencontrait des problèmes d'infertilité, soit il se résignait à vivre sans enfant, soit il décidait d'adopter. Aujourd'hui, les couples qui éprouvent de la difficulté à enfanter et qui cherchent une solution à leur désir d'enfant se tournent pour la plupart vers la médecine reproductive, celle-ci faisant office d'autorité sur les questions relatives à la grossesse et à la reproduction. Depuis environ 20 ans, le développement rapide des nouvelles technologies reproductives et des traitements de l'infertilité a fait en sorte de multiplier les options possibles pour les couples infertiles. Une situation qui, selon Van Der Akker (2001) contribue à « l'étirement de la période d'infertilité » et qui prolonge l'espoir pour les couples concernés de voir leur désir d'enfant comblé. Si les démarches en milieu clinique s'avèrent infructueuses, certains couples choisiront de vivre sans enfant, alors que d'autres renonceront à l'enfant biologique<sup>1</sup> et se tourneront plutôt vers l'adoption.

Le présent chapitre situe la procréation médicalement assistée et l'adoption dans leur contexte juridique, administratif et pratique et dresse un portrait des réalités avec lesquelles doivent composer les acteurs impliqués dans de telles démarches. Plus descriptive, cette première étape m'apparaissait tout de même essentielle pour mieux camper l'ensemble des réflexions et des analyses proposées dans les prochains chapitres de cette thèse.

### 1.1 L'infertilité

D'un strict point de vue médical, l'infertilité est définie comme une « difficulté à concevoir un enfant après un an de relations sexuelles régulières, sans contraception et avec le même partenaire ». Pour l'instant aucune instance officielle ne compile de statistiques précises en regard de l'infertilité. L'*Association des obstétriciens et gynécologues du Québec* estime qu'au Canada, entre 10% et 15% des couples qui désirent concevoir un enfant n'y parviendront pas au cours de

---

<sup>1</sup> Tout au long de cette thèse, le terme « enfant biologique » est utilisé en référence à l'enfant né des gamètes de son père et/ou de sa mère.

la première année<sup>2</sup>. L'infertilité demeure tout de même un concept multidimensionnel dont la définition est loin de faire l'unanimité<sup>3</sup>. Par exemple, la *Fédération du Québec pour le planning des naissances* (FQPN) conteste la définition officielle de l'infertilité et considère que l'offre des technologies de procréation assistée et la programmation de l'enfantement contribuent à la réduction du délai qui permet de diagnostiquer l'infertilité : « *Maintenant privilégiée par le milieu médical, cette définition de l'infertilité qui réduit le temps d'essai à un an a pour effet d'augmenter le nombre de personnes pouvant être diagnostiquées "infertiles", ce qui contribue à élargir les clientèles des cliniques* » (FQPN 2006 : 9).

Si les taux réels d'infertilité dans l'ensemble de la population demeurent complexes à établir, la croissance fulgurante des consultations et des traitements en clinique de fertilité et la tendance chez les couples à retarder le projet d'enfant laissent croire à une augmentation effective des taux d'infertilité dans les populations occidentales. Par exemple, *Statistique Canada*<sup>4</sup> rapporte que l'âge moyen de la mère à l'accouchement au Québec est passé de 27,7 ans en 1991 à 29,2 ans en 2007. Parallèlement, le nombre de naissances chez les femmes de plus de 30 ans a connu une hausse importante au cours des trente dernières années : en 1974, les naissances chez les femmes de plus de 30 ans regroupaient 20% du nombre total des naissances. En 2005, ce même pourcentage grimpait à près de 50% (voir tableau 1). Plus concrètement, l'insertion massive des femmes sur le marché du travail, la prolongation des études et le désir manifeste des couples d'accueillir un enfant dans un environnement stable sont tous des facteurs sociaux qui contribuent aujourd'hui à retarder le projet d'enfantement. Or, le temps constitue en soi un élément incontournable lorsqu'il est question de fertilité puisque la capacité reproductive, tant chez les hommes<sup>5</sup> que chez les femmes (mais de façon plus marquée encore chez les femmes) tend à diminuer avec l'âge.

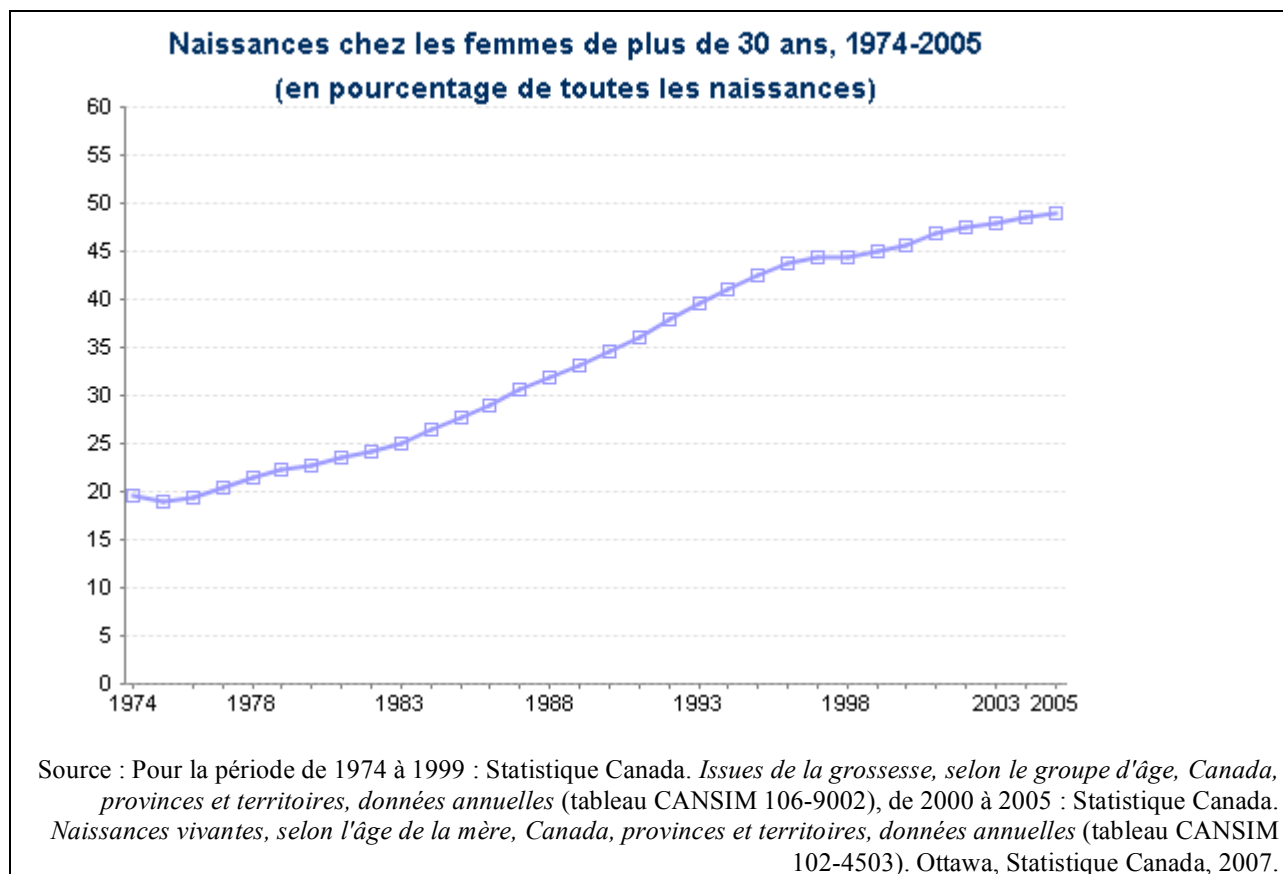
---

<sup>2</sup> *Association des obstétriciens et gynécologues du Québec*:  
[<http://www.gynecoquebec.com/fr/santedelafemme/sujets-interets-details.php?noSujetInteret=14>].

<sup>3</sup> Une réflexion plus approfondie sur la notion même d'infertilité est posée dans la section 4.2.2.

<sup>4</sup> Statistiques Canada: *Âge moyen de la mère à l'accouchement (naissances vivantes), Canada, provinces et territoires, annuel (années)*, CANSIM (base de données). (site consulté le 29 juin 2010)  
[http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.exe?Lang=F&CNSM-Fi=CII/CII\\_1-fra.htm](http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.exe?Lang=F&CNSM-Fi=CII/CII_1-fra.htm)

<sup>5</sup> Des études récentes démontrent que les hommes de plus de 40 ans connaissent eux aussi une baisse de fertilité (De la Rochebrochard, 2006).

**TABLEAU 1 : Naissances chez les femmes de plus de 30 ans**

Selon l'*Association médicale canadienne*, les problèmes à l'origine de l'infertilité se répartissent comme suit : dans 20 % des cas, c'est l'homme seul qui est en cause. Dans 30 % des cas, le problème vient de la femme et dans un autre 30 % des cas, l'infertilité est attribuable aux deux partenaires. Il existe toutefois des cas inexplicables pour lesquels les causes d'infertilité demeurent inconnues. Ces cas d'infertilité inexplicables représentent 20 % à 30 % de l'ensemble des cas<sup>6</sup>. Mentionnons également l'existence de certains types d'infertilité très peu investigués par la médecine reproductive et qui relèveraient davantage de causes psychologiques que de désordres physiologiques et biologiques.

L'infertilité a donc des origines diverses et malgré le fait qu'elle puisse toucher tout autant l'homme que la femme, ses causes demeurent plus difficiles à établir chez la femme en raison de

<sup>6</sup> [http://www.canadian-health.ca/2\\_4/36\\_f.html](http://www.canadian-health.ca/2_4/36_f.html)

la complexité des organes reproducteurs féminins: l'anovulation (absence de production d'ovules), l'infertilité tubaire (obstruction ou altération des trompes de Fallope), l'endométriose (croissance de tissus à l'extérieur de l'utérus, aussi appelés "adhérences") sont tous des causes possibles des problèmes reproductifs du couple. Chez l'homme, les problèmes d'infertilité sont surtout causés par une défaillance dans la production des spermatozoïdes ou dans leur circulation. Bref, si presque tous les cas d'infertilité masculine sont causés par des problèmes de "production" du sperme, l'infertilité féminine peut provenir de trois sites (ovaires, Trompes de Fallope, utérus).

Les examens médicaux servant à établir le diagnostic d'infertilité sont par conséquent beaucoup plus centrés sur le corps de la femme que celui de l'homme. Certes, la première étape pour les couples qui après plus d'un an n'arrivent toujours pas à concevoir, consiste pour l'homme à se soumettre au spermogramme, lequel permet de tester la qualité, la vitesse et la viabilité des spermatozoïdes. Par contre, les procédures subséquentes visent surtout la femme: analyse de la courbe de température (vérifier la présence ou l'absence d'ovulation), bilan sanguin et analyse de la culture vaginale, tests endocriniens pour mesurer le niveau de production des différentes hormones, laparoscopie (se fait sous anesthésie et sert à s'assurer du bon état des organes reproducteurs) et hystérosalpingographie, laquelle permet de visualiser les trompes de Fallope et la forme de la cavité utérine afin de déceler toute anomalie. L'infertilité demeure inexplicée lorsque les différents tests médicaux appliqués ne permettent pas de déceler l'origine de l'incapacité reproductive du couple. L'insertion dans l'univers de la procréation médicalement assistée se fait donc de manière progressive; avant d'avoir recours aux différentes techniques médicales regroupées sous le terme de PMA (procréation médicalement assistée), les couples ont tous traversé une phase d'investigations qui consiste à cibler et à repérer les dysfonctions reproductives chez l'un ou l'autre des deux membres du couple. Évidemment, ces explications physiologiques et biologiques de l'infertilité, même si elles dominent la compréhension générale des causes de l'infertilité, ne sont pas uniques. La surexposition à des matières toxiques et à des polluants organiques, le stress et ou encore certaines conditions psychologiques particulières sont aussi, à d'autres égards, des causes potentielles de l'augmentation des problèmes d'infertilité dans la population.

À un tout autre niveau, mentionnons également que les cliniques d'aide à la procréation répondent aujourd'hui à des demandes qui dépassent largement le cadre médical et biologique de l'infertilité. Initialement, les demandes en PMA concernaient les couples composés d'un homme et d'une femme, mariés ou concubins depuis un certain nombre d'années, vivants et consentants. Puis se sont ajoutées d'autres demandes, venant de couples que Delaisi de Parseval (2001) qualifie de "sociologiquement stériles", c'est-à-dire stériles ensemble, mais pas individuellement. C'est le cas par exemple des femmes seules ou des couples lesbiens qui choisissent d'avoir recours à l'IAD (insémination artificielle avec donneur de sperme), ou encore, dans d'autres pays, des couples gays qui ont recours au don d'ovocytes et/ou à une mère porteuse.

## **1.2 La PMA au Québec : pratiques, méthodes et définitions**

La procréation médicalement assistée réfère à l'ensemble des méthodes médicales destinées à faciliter la procréation en dehors du processus naturel. Selon la FQPN (*Fédération du Québec pour le planning des naissances*), la procréation assistée désigne « *l'ensemble des technologies et pratiques médicales visant à contourner certaines difficultés d'ordre physiologique, psychologique, socioéconomique ou sexuel qui empêchent ou retardent la conception d'un enfant. Elles désignent également l'ensemble des technologies visant à diagnostiquer l'état de santé d'un embryon dans l'utérus (in utero) ou à l'extérieur du corps de la femme (in vitro)* » (FQPN 2006 : 8). D'un point de vue technico-médical, la procréation médicalement assistée consiste principalement à décomposer en plusieurs étapes le processus biologique de reproduction et de réguler son fonctionnement par différentes interventions. Dans la plupart des cas, ces interventions impliquent la manipulation des substances reproductives (sperme, ovocytes) ou des embryons. Dans les cas de FIV (fécondation in vitro) et de ICSI (injection de sperme intra-cytoplasmique), les procédures impliquent l'évaluation et la sélection des embryons de meilleure qualité, la congélation des embryons surnuméraires s'il y a lieu et, dans certains cas, la réduction embryonnaire (s'applique lorsqu'un nombre trop élevé d'embryons se sont implantés dans l'utérus). En ce qui concerne le nombre de traitements pratiqués, la *Société canadienne de fertilité et d'andrologie* nous apprend qu'en 2006, un peu plus de 8000 traitements de fécondations in vitro (FIV) et d'injection de sperme intra-cytoplasmique (ICSI) ont été réalisés

dans l'ensemble du Canada dont 1446 au Québec<sup>7</sup>. La demande de services en procréation assistée a connu dans l'ensemble des pays industrialisés une hausse importante au cours des dernières années. Malgré sa popularité grandissante, le taux de réussite de la fécondation in vitro demeure tout de même assez bas : selon une étude émise par la *Société canadienne de fertilité et d'andrologie*, les cliniques de fertilité canadienne ont connu en 2006 un taux de succès de 27 naissances vivantes pour 100 cycles de fertilisation in vitro. De plus, les taux annoncés sont discutables puisque, selon *l'Association pour la santé publique du Québec*, chacune des cliniques de fertilité les calcule à partir de ses propres critères. Ainsi, « *les taux de réussite, qui varient entre 13 et 27 % selon la littérature, peuvent être calculés en fonction de femmes enceintes plutôt qu'en fonction du nombre de grossesses menées à terme* »<sup>8</sup>. Une situation qui amène d'ailleurs Spar (2006) à conclure que « *l'industrie de la médecine reproductive s'appuie sur un désir humain (le désir d'enfant) difficile à rationaliser* » et que « *les couples achètent plus de l'espoir que des performances réelles* ». À l'expansion des technologies reproductives s'ajoute également la banalisation des divers procédés qu'elles impliquent. À ce sujet, Gavarini souligne elle aussi combien les procédés dits « artificiels » de la PMA ont perdu leur charge émotionnelle négative : « *Tant la fonction médiatrice de la médecine que l'introduction de la technique et de la science biomédicale au cœur de la relation sexuelle et conjugale ne semblent plus faire flamber les passions, ni même provoquer de réserves* » (Gavarini 2002-a : 86). Ainsi, les nouvelles technologies reproductives (NTR) sont aujourd'hui davantage considérées comme une façon parmi d'autres de concevoir un enfant que comme une procédure médicale douteuse: « *Quand une technologie médicale spécifique cesse d'être considérée comme expérimentale, elle devient alors rapidement acceptée du grand public comme pratique courante; en même temps que la technologie devient routinière, le débat se déplace et concerne alors davantage les coûts et les allocations qui lui sont liés* » (Becker 2000 : 13).

La réflexion de Becker (2000) concernant un certain « déplacement du débat » correspond assez bien à la situation qui prévaut actuellement au Québec : le gouvernement provincial s'est

---

<sup>7</sup> *The Canadian Fertility and Andrology Society (CFAS)* : [http://www.cfas.ca/index.php?option=com\\_content&view=article&id=211%253Ahuman-assisted-reproduction-2008-live-birth-rates-for-canada&catid=929%253Apress-releases&Itemid=460](http://www.cfas.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=211%253Ahuman-assisted-reproduction-2008-live-birth-rates-for-canada&catid=929%253Apress-releases&Itemid=460)

<sup>8</sup> [http://www.aspq.org/view\\_bulletins.php?id=53&article=298](http://www.aspq.org/view_bulletins.php?id=53&article=298)



récemment (depuis août 2010) engagé à rembourser la plupart des frais liés à la procréation médicalement assistée. Par exemple, l'application de la nouvelle "Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée" assure le remboursement total des trois premiers essais en FIV et un taux de remboursement de 50% pour les essais suivants. Avec l'entrée en vigueur de ce nouveau programme, il semble réaliste de croire que les couples seront plus nombreux à entreprendre les démarches de fécondation in vitro, et à pousser plus loin leur incursion dans le domaine de la médecine reproductive. Le Québec devient ainsi le premier gouvernement d'Amérique du Nord à payer la médication et les soins liés à la fécondation in vitro. De plus, la gratuité des services s'appliquera également aux femmes seules et aux couples lesbiens, ce qui fait de cette nouvelle mesure l'une des plus accessibles et des moins restrictives du monde entier. Jusqu'à maintenant, les critiques à l'égard de ce nouveau programme ont insisté sur l'incapacité financière du système de santé actuel à soutenir de tels services, sur le manque de personnel et de spécialistes en place pour absorber ces nouvelles naissances, ou encore sur la gestion à venir des listes d'attente et des cas à privilégier dans les cliniques qui pratiquent actuellement la FIV. Par contre, on parle très peu de la lourdeur physique liée à ces procédures médicales, des enjeux éthiques qu'elle soulèvent ou encore des taux de réussite très peu élevés de la FIV (un taux qui risque de diminuer drastiquement si l'on considère que dorénavant, au Québec, et ce dans la plupart des cas, un seul embryon à la fois pourra être implanté). Plus encore, la possibilité, jadis décriée, que la conception d'un être humain puisse avoir lieu à l'extérieur du corps de la femme ne semble plus interpeller l'opinion publique et revêt désormais un caractère banal.

À ce jour, les nouvelles technologies reproductives sont toujours offertes dans les secteurs public et privé, selon le type de traitements requis: certaines démarches peuvent être entreprises tant au privé qu'au public (c'est le cas par exemple de la stimulation ovarienne et du suivi qui l'accompagne, des inséminations artificielles avec sperme du conjoint (IAC) et des différents tests permettant d'établir les divers diagnostics relatifs à l'infertilité) alors que d'autres ne sont disponibles que dans les cliniques privées<sup>9</sup> (c'est le cas par exemple de la fécondation in vitro et de toutes les démarches médicales qui requièrent un don de sperme, d'ovocytes ou d'embryons).

---

<sup>9</sup> Le *Centre de reproduction McGill* fait figure d'exception : au Québec, il est le seul endroit dans le réseau public où la FIV est pratiquée.

Il semble pertinent de mentionner également que certains cliniciens qui exercent en milieu public font aussi des suivis en milieu privé; c'est ainsi que certains couples qui ont débuté leurs démarches médicales dans le secteur public ont ensuite poursuivi dans le privé, tout en gardant le même médecin praticien. Désormais, les cliniques privées ne vendent plus leurs services directement aux couples infertiles puisque la plupart des démarches médicales qu'elles offrent sont remboursées par le régime d'assurance gouvernemental. Par contre, la logique marchande qui caractérise le milieu clinique est loin d'avoir disparu pour autant: les cliniques sont toujours gérées par des intérêts privés et encaissent des sommes d'argent importantes. Toutefois, cet état des lieux risque de subir de profondes transformations au cours des prochains mois et prochaines années puisque le gouvernement prévoit une restructuration des mécanismes d'octroi des services. De nouveaux médecins seront formés et plusieurs cliniques publiques offriront les mêmes services que les cliniques privées.

Les options médicales pour les couples infertiles se sont donc multipliées au cours des vingt dernières années et pour mieux comprendre les expériences vécues par les couples dans le milieu médical, il me semble pertinent de dresser un portrait des principales technologies pratiquées aujourd'hui dans les cliniques de fertilité :

#### 1) La thérapie hormonale (appelée aussi stimulation ovarienne ou hormonothérapie)

Cette méthode est utilisée pour déclencher l'ovulation et pour stimuler le développement des ovules. Dans plusieurs cas, l'hormonothérapie est utilisée conjointement à l'insémination artificielle (aussi appelée insémination intra-utérine) ou avec la fécondation in vitro. Au Québec, entre 1998 et 2002, le recours aux stimulants ovariens est notable puisque le nombre d'ordonnances annuelles exécutées en pharmacie entre ces mêmes années a connu une hausse de 43% (Ministère de la santé et des services sociaux 2008 : 84).

#### 2) Les inséminations artificielles- IA (aussi appelées inséminations intra-utérines IIU)

Les inséminations artificielles peuvent être pratiquées avec le sperme du conjoint (on parle alors d'IAC) ou avec le sperme d'un donneur (on parle alors d'IAD). L'IAC (Insémination artificielle avec sperme du conjoint) est pratiquée dans les cas où les spermatozoïdes sont insuffisants ou lorsqu'ils présentent des problèmes de morphologie. Elle est aussi utilisée lorsque aucun diagnostic n'a été posé, lorsque l'infertilité demeure inexplicée ou encore suite à des échecs

répétés de stimulation ovarienne. L'IAD (insémination artificielle avec sperme d'un donneur), quant à elle, est utilisée lorsque le sperme de l'homme présente d'importantes anomalies ou lorsque les spermatozoïdes sont totalement absents (azoospermie). Dans les deux cas (IAC et IAD), le médecin introduit un petit cathéter souple qui franchit le col de l'utérus de la femme et permet l'injection du sperme dans l'utérus de la femme. Cette procédure a lieu une seule fois au cours du cycle menstruel de la femme, au moment de l'ovulation, mais le nombre d'essais peut être très variable et demeure à la discrétion du couple. Contrairement à la FIV, le taux de réussite de l'insémination artificielle demeure inconnu.

### 3) La fécondation *in vitro* (FIV) :

Depuis 1978, année de naissance de Louise Brown en Grande-Bretagne (premier “bébé éprouvette”), la technique de fécondation *in vitro* a largement dépassé l'indication pour laquelle elle a été mise au point à l'origine, soit la stérilité tubaire. Aujourd'hui, plus de la moitié des FIV sont prescrites pour d'autres indications, par exemple, pour soigner des infertilités inexplicables ou même augmenter les chances de succès en cas d'infertilité masculine. Au Québec, c'est en 1984 que naissait le premier enfant conçu par fécondation *in vitro*. Cette procédure « *consiste à prélever un ovule chez une femme, à le faire féconder en laboratoire et à le replacer ensuite dans la cavité utérine (l'utérus) de la femme qui a donné l'ovule (parfois, chez une autre femme)* »<sup>10</sup>. Privilégiant un point de vue technique, la clinique *Procréa*<sup>11</sup> présente le processus de FIV en cinq grandes étapes : la première consiste à supprimer la fonction ovarienne (par l'administration d'un contraceptif oral et/ou d'un médicament qui inhibe l'hypophyse) dans le but de remplacer le cycle naturel de la patiente par un cycle artificiel qui permettra d'en contrôler toutes les étapes. La deuxième étape est la stimulation de l'activité ovarienne; les médicaments provoquent le développement de plusieurs follicules ovariens et augmentent le nombre possible d'ovules. La troisième étape est le déclenchement du processus de maturation des ovules ; celui-ci se fait grâce à une hormone de grossesse qui est prise par injection au moment où les follicules sont assez gros et que les niveaux hormonaux sont adéquats. La quatrième étape consiste à prélever les ovules à l'aide d'une sonde échographique qui est insérée dans le vagin. Dans la même journée, les ovules

<sup>10</sup> Encyclopédie médicale : <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/fecondation-in-vitro-ou-f-i-v-ou-f-i-v-e-t-ou-transfert-d-embryons-1888.html>

<sup>11</sup> *Procréa* est une clinique de fertilité (présente à Québec et à Montréal) qui offre la plupart des services de procréation médicalement assistée: <http://www.procrea.com/FR/fecondationinvitro.html>

obtenus sont mis en contact avec les spermatozoïdes, *in vitro*. La dernière étape est le transfert d'embryons et il consiste à déposer un ou plusieurs embryons à l'intérieur de la cavité utérine de la patiente. Deux semaines plus tard, la patiente doit revenir passer une analyse sanguine qui lui dira si elle est enceinte ou non. Si le nombre d'embryons fécondés est trop élevé et qu'il est impossible de tous les implanter, ceux-ci peuvent être congelés jusqu'à une prochaine tentative, si prochaine tentative il y a. Évidemment, les procédures liées à la FIV comportent certaines variantes et peuvent impliquer un don de sperme, d'ovocytes ou d'embryons (par exemple, la fécondation peut être réalisée à partir des gamètes du père et des ovocytes d'une donneuse, mais les embryons qui en résultent peuvent quant à eux être implantés dans l'utérus de la mère d'intention).

Décrit en termes techniques, le processus de fécondation *in vitro* semble relativement simple, mais il est beaucoup plus lourd et plus complexe qu'il n'y paraît, tant sur le plan physique et psychologique que sur le plan éthique et moral. La FIV suscite certaines inquiétudes dans la mesure où elle fait apparaître des dérives possibles et des enjeux éthiques qui dépassent le cadre médical : c'est le cas par exemple du diagnostic préimplantatoire<sup>12</sup> (qui permet de détecter chez les embryons certaines maladies héréditaires ou génétiques avant même le transfert de ces derniers dans l'utérus de la femme), de l'utilisation des embryons surnuméraires (les embryons non utilisés peuvent être détruits, donnés ou encore congelés dans le but d'une éventuelle réutilisation) et de la possibilité de pratiquer la réduction embryonnaire *in utero*.

4) L'injection intra-cytoplasmique de spermatozoïde (ICSI): l'ICSI est une technique récente qui consiste à injecter, à l'aide d'une micro-aiguille, un seul spermatozoïde directement dans le cytoplasme d'un œuf mature (ovule) qui a été prélevé d'un ovaire de façon chirurgicale pour créer un embryon. Ce processus augmente la probabilité de fertilisation en cas d'anomalies relatives au nombre, à la qualité ou à la fonction des spermatozoïdes<sup>13</sup>. La suite du processus est la même que dans une fécondation *in vitro* régulière. L'ICSI, malgré certaines incertitudes quant aux risques

---

<sup>12</sup> À ce titre, la FQPN (*Fédération du Québec pour le planning des naissances*) mentionne : « *Le diagnostic préimplantatoire ouvre désormais la porte à des possibilités de plus en plus grandes de maîtriser la vie. Et cela risque certainement de modifier notre conception même de la différence et de la diversité humaine, nous confrontant alors, plus que jamais, au spectre de l'eugénisme* » (2006 : 35).

<sup>13</sup> [http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/glossaire\\_technologies-reproduction.pdf](http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/glossaire_technologies-reproduction.pdf)

qu'elle pose pour le fœtus et pour le développement ultérieur de l'enfant à naître, a connu au cours des dernières années une popularité grandissante, laquelle s'explique principalement par le fait qu'elle permet de pallier à certains types d'infertilité masculine sévères.

### 5) La gestation pour autrui

La gestation pour autrui comporte trois formes distinctives; une première où les embryons issus d'une fécondation in vitro réalisée à partir de l'union des gamètes des père et mère d'intention sont implantés dans l'utérus de la mère porteuse ; une deuxième où les embryons implantés sont issus des gamètes du père d'intention et d'une donneuse d'ovocyte; et une troisième où la mère porteuse, médicalement inséminée par le sperme du père d'intention, est aussi la mère génétique de l'enfant. À ce jour, au Québec, les contrats entre mères porteuses et parents adoptants ne sont pas reconnus et n'ont aucune valeur légale<sup>14</sup>; par conséquent la gestation pour autrui n'est pas une mesure proposée ou prise en charge par les cliniques d'aide à la procréation.

Notons également que la procréation médicalement assistée fait aussi référence à un ensemble de méthodes et de sous pratiques qui viennent parfois se juxtaposer aux procédures décrites ci-dessus. C'est le cas du don de sperme, d'ovocytes ou d'embryons. C'est le cas également de la congélation des gamètes et de celle des embryons surnuméraires, de la réduction embryonnaire et de la maturation des ovules in vitro.

Les nouvelles technologies reproductives sont excessivement coûteuses et les frais impliqués à chacune des étapes sont considérables. Depuis août 2010, les services de consultations ainsi que tous les traitements ou procédures nécessaires durant un cycle de FIV ou insémination (échographie, prélèvement sanguin, progestérone et test de grossesse, prélèvement d'ovules et transfert d'embryons) sont maintenant pris en charge par le régime d'assurance médicale du

---

<sup>14</sup> La question des mères porteuses a soulevé des débats houleux en 2009 lorsque les médias ont révélé l'histoire d'un couple québécois qui a eu recours à une mère porteuse et qui suite à la naissance de l'enfant (reconnu légalement seulement par le père) a entrepris des procédures d'adoption pour que la mère d'intention puisse être officiellement reconnue. Le juge a refusé la demande d'adoption, jugeant la démarche illégale (voir article de *La Presse* à l'adresse suivante : <http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/200903/10/01-835226-adoption-dun-enfant-dune-mere-porteuse-avertissement-aux-couples.php>)

Québec<sup>15</sup>. Mais comme cette mesure est toute récente et qu'elle ne concerne pas la période couverte par cette recherche (dont les entretiens ont été réalisés en 2008 et 2009), il m'a semblé pertinent de dresser brièvement un portrait des montants relatifs à chacune des principales interventions. Chaque cycle de FIV coûtait à un couple entre 6 000\$ et 10 000\$, le prix variant en fonction de certains facteurs (médication qui n'est pas la même pour chaque femme) et de certaines options (recours à l'ICSI ou non, congélation des embryons ou non). Notons également qu'une des cliniques privées qui pratique la fécondation *in vitro* offrait des rabais sur les FIV : en effet, lorsque le couple choisissait dès le départ de payer pour trois FIV, la troisième était gratuite. Par contre, si la première tentative réussissait, l'argent investi pour le deuxième et troisième essais n'était pas remboursé. Cette information n'était pas officiellement affichée sur le site de la clinique en question, mais a été validée par deux couples ayant participé à la présente recherche. Les inséminations intra-utérines avec sperme du conjoint (IAC) coûtaient entre 250,00\$ et 400,00\$ chacune et avaient lieu au moment de l'ovulation, donc une fois par cycle : mais il faut ajouter à ce montant les frais liés à la médication (plusieurs centaines de dollars) et environ 300,00\$ à 400,00\$ payé à la clinique si le couple avait recours au don de sperme (IAD). Avant 2008 (il importe de le mentionner puisque cette mesure est celle qui s'appliquait à la situation des couples interrogés dans le cadre de cette recherche), le taux de crédit d'impôt remboursable pour les traitements en infertilité était de 30%. Puis de 2008 à 2010, ce taux est passé à 50%. Cette mesure permettait à toutes les personnes qui avaient eu recours à l'insémination ou à la FIV de voir les frais déboursés diminuer de moitié et de bénéficier d'un remboursement qui pouvait atteindre 10 000,00\$ par année.

### **1.2.1 Au-delà du progrès, les enjeux sociaux**

Depuis leur apparition, les nouvelles technologies reproductives, et la procréation assistée dans son ensemble, ont été l'objet de plusieurs critiques et ont soulevé de nombreux débats, lesquels peuvent à leur tour être considérés comme un témoin important de l'évolution et de la transformation des représentations liées à la famille et à la reproduction. Les enjeux soulevés concernent principalement: les risques physiques et psychologiques que comportent certaines

---

<sup>15</sup> Sur son site internet, la clinique de fertilité *Ovo* dresse la liste de tout ce qui est dorénavant couvert par la RAMQ en matière de PMA : [http://www.cliniqueovo.com/ovo-fertilite/index.asp?page=prix\\_couts\\_fertilite](http://www.cliniqueovo.com/ovo-fertilite/index.asp?page=prix_couts_fertilite)

techniques (pour la femme impliquée ou encore pour l'enfant à naître); l'encadrement des interventions pratiquées dans les cliniques privées et l'intervention technique sur la conception de l'être humain; la transformation des représentations sociales de la filiation; le risque de dérapage du désir d'enfant érigé en droit à l'enfant; la connaissance des origines pour les enfants nés d'un don de gamètes.

Dès la fin des années 1980, plus précisément en 1989, le gouvernement canadien met sur pied *La Commission Baird*, chargée d'étudier les progrès de la médecine reproductive, d'évaluer ses répercussions sur la santé et la recherche et de proposer des politiques et des mesures d'encadrement et de surveillance des pratiques dans les cliniques de fertilité. Après quatre ans d'études, la commission accouche de son rapport final<sup>16</sup> dans lequel elle émet de multiples recommandations<sup>17</sup>. Au fil des ans, plusieurs de ces recommandations ont fait l'objet de contestations soit parce qu'elles ne respectaient pas les compétences constitutionnelles des deux paliers de gouvernement ou encore parce qu'elles n'arrivaient pas à rallier tous les acteurs impliqués. À ce jour, l'encadrement des activités cliniques fait toujours défaut et la plupart des pratiques demeurent non réglementées ou sont laissées entre les mains des cliniciens. Avec l'entrée en vigueur récente de la *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée*, cette situation pourrait progressivement changer puisque le gouvernement du Québec prévoit un meilleur encadrement et une supervision plus étroite des activités médicales des cliniques de fertilité.

Avant même la mise sur pied de la *Commission Baird*, le *Conseil du statut de la Femme* s'intéressait à la procréation assistée et cherchait à sensibiliser la population aux enjeux relatifs aux nouvelles technologies reproductives et à leurs impacts sur l'intégrité physique et l'autonomie reproductive des femmes. Dès 1987, le Conseil organise un forum international sur

---

<sup>16</sup> CANADA - COMMISSION ROYALE SUR LES NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION, 1993, *Un visage à prendre en douceur : Rapport final de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction*, Ottawa : La Commission.

<sup>17</sup> Le rapport recommandait la mise sur pied d'une commission nationale sur les techniques de reproduction dont le rôle serait de mieux encadrer les services et les pratiques dans les cliniques de fertilité. Il recommandait également de criminaliser le clonage, la vente d'ovules, de sperme ou d'embryons et la commercialisation des mères porteuses. Le comité se positionnait en faveur du financement de la PMA par le régime d'assurance maladie, mais de façon restrictive : selon lui, les inséminations artificielles devraient être gratuites et accessibles à toutes les femmes, mais l'accès à la FIV devrait être limité aux femmes qui ont les trompes bloquées.

la question des nouvelles technologies de reproduction<sup>18</sup> et s'interroge sur les impacts relatifs à la médicalisation et à la technicisation de la reproduction<sup>19</sup>. Au même titre que la *Commission Baird* il y a un peu plus de vingt ans, le Conseil réclamait (et réclame toujours) un meilleur encadrement des techniques de procréation assistée. Il déplore que l'on fasse miroiter les performances de certains traitements contre l'infertilité sans avoir au préalable étudié en profondeur les conséquences possibles de certaines technologies sur la santé des femmes ou des enfants à naître. Dans son dernier avis (2010) le *CSF* commente l'adoption du projet de loi 26 (*Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée*) sur quatre de ses aspects : d'abord, il rappelle la nécessité de prévenir les problèmes d'infertilité et de mieux informer la population de la baisse de la fertilité féminine avec les années; il s'inquiète des problèmes de chevauchement du secteur public et du secteur privé dans l'octroi des services en procréation assistée; il mentionne l'importance de se doter de structures de contrôle et d'évaluation des techniques pratiquées; et finalement, il relève l'absence de référence au droit des enfants à connaître leurs origines et propose de réfléchir à une solution pour ces enfants (*CSF* 2010). Notons également que le *CSF* ne s'oppose pas au financement de la procréation assistée, mais déplore l'absence de consultations publiques et le flou entourant les normes qui doivent encadrer le financement et la pratique de la PMA.

Récemment, la *Commission de l'éthique de la science et de la technologie*<sup>20</sup> (CEST) s'est elle aussi penchée sur la question de la procréation assistée en abordant trois de ses pratiques : le don de gamètes et le don d'embryons, la gestation pour autrui et le diagnostic préimplantatoire. La Commission, dont le mandat était d'analyser les enjeux éthiques et les valeurs de la société qui y sont reliées en matière de PMA, met en évidence dans son rapport les intérêts parfois divergents

---

<sup>18</sup> FORUM INTERNATIONAL SUR LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE LA REPRODUCTION, 1988, *Sortir la maternité du laboratoire : actes du forum international sur les nouvelles technologies de la reproduction organisé par le Conseil du statut de la femme et tenu à Montréal les 29, 30 et 31 octobre 1987 à l'Université Concordia*, Québec : Le Conseil.

<sup>19</sup> En contexte québécois, les travaux précurseurs de L. Vandelac (1987, 1994, 1996) et les études empiriques de F. R. Ouellette (1987) et de G. Daudelin (1991) sur les questions d'infertilité, de procréation assistée et sur les enjeux qu'elles impliquent ont participé à une meilleure connaissance du contexte social dans lequel a évolué et s'est développée la PMA au Québec.

<sup>20</sup> COMMISSION DE L'ÉTHIQUE DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE, 2009, *Éthique et procréation assistée : des orientations pour le don de gamètes et d'embryons, la gestation pour autrui et le diagnostic préimplantatoire*, Québec, 234p.



des acteurs impliqués dans la PMA et propose de privilégier le bien-être de l'enfant, la dignité de la personne humaine, l'égalité, l'autonomie reproductive et la vie privée. Elle rappelle que le "droit à l'enfant" n'a pas d'existence légale et que le gouvernement n'a pas à répondre aux demandes de tous les couples qui veulent un enfant: « *l'accès aux techniques de procréation assistée n'est plus seulement lié à un diagnostic d'infertilité, mais repose, de manière plus large, sur le désir d'avoir un enfant. Graduellement, le désir d'enfant tend à vouloir se transformer en un "droit à l'enfant" et comporte donc le droit d'utiliser tous les moyens possibles afin d'en bénéficier* » (CEST 2009 : xvi). Au final, la Commission formule 19 recommandations dans son rapport. En mars 2010, Edith Deleury, Présidente de la CEST, dans une lettre d'opinion publiée sur le site même de la Commission<sup>21</sup>, soutenait que la décision du gouvernement de doter le Québec d'un système universel en matière de procréation assistée et d'inclure les traitements de fertilité dans la liste des services de santé offerts gratuitement allaient à l'encontre de l'esprit des analyses proposées à travers les recommandations de la Commission. En effet, celle-ci insistait sur la nécessité de demeurer prudents et sélectifs quant aux promesses de financement de la procréation assistée.

Si la PMA s'est, jusqu'à ce jour, principalement préoccupée de répondre au désir d'enfant des parents, elle devra, dans les années à venir, reconsidérer ses positions et se préoccuper davantage des droits et des intérêts des enfants à naître. Cette question est d'ailleurs au centre de nombreux débats concernant la levée de l'anonymat des donneurs de gamètes: de plus en plus de voix s'élèvent pour réclamer que les règles qui régissent l'accès à l'information pour ces enfants soient les mêmes qu'en adoption.

### **1.3 L'adoption en contexte québécois**

Un certain nombre de couples qui ont eu recours à la PMA et qui ont été confrontés à des échecs successifs décident par la suite de faire appel à l'adoption (internationale ou locale) pour combler leur désir d'enfant. Si l'adoption internationale est demeurée le type d'adoption le plus prisé tout au long des années 1990, une nouvelle tendance se dessine depuis quelques années et change le portrait du monde de l'adoption; en effet, depuis cinq ans, les adoptions internationales diminuent

---

<sup>21</sup> [http://www.ethique.gouv.qc.ca/index.php?option=com\\_content&task=view&id=70&Itemid=1](http://www.ethique.gouv.qc.ca/index.php?option=com_content&task=view&id=70&Itemid=1)

alors que les adoptions domestiques, quant à elles, augmentent. En 2008, les couples québécois ont adopté 400 enfants d'origine étrangère, le nombre le plus bas des vingt dernières années (voir tableau 3). Cette même année, pour la cinquième année consécutive, le nombre d'adoptions internationales a diminué alors que celui d'adoptions d'enfants québécois a augmenté, passant de 274 pour l'année 2001-2002 à 336 pour l'année 2006-2007 (voir tableau 2). Par contre, une légère progression des adoptions internationales a été notée pour l'année 2009.

**TABLEAU 2 : Nombre d'enfants québécois adoptés**

Années (*1)	Enfants hébergés	Nombre d'adoptions d'enfants québécois réalisées en cours d'année (*2)
2006-2007	10 078	336
2005-2006	10 014	331
2004-2005	12 712	272
2003-2004	13 415	299
2002-2003	12 967	261
2001-2002	13 573	274

1. Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse – 2005-2006-2007, [www.acjq.qc.ca](http://www.acjq.qc.ca)  
2. Il s'agit du total des adoptions locales, via la banque mixte ou l'adoption régulière et même les adoptions intrafamiliales, le rapport des Centre Jeunesse ne précise pas. Cela veut dire qu'il ne s'agit pas tous de cas d'enfants en difficulté. Nous donnons ces chiffres pour montrer l'ordre de grandeur.

Source : <http://www.quebecadoption.net/>

Au Québec, comme dans plusieurs pays occidentaux, la seule forme d'adoption reconnue est l'adoption dite plénière. Dans ce régime, « *l'adoption fait naître les mêmes droits et obligations que la filiation par le sang et l'adopté a, dans la famille de l'adoptant, les mêmes droits et les mêmes obligations que les autres enfants de l'adoptant. Lorsque l'adoption est prononcée, les effets de la filiation précédente prennent fin et l'adopté cesse d'appartenir à sa famille d'origine* »<sup>22</sup>. L'adoption plénière est irrévocable. Elle est prononcée par le tribunal qui, au

<sup>22</sup> Groupe de travail sur le régime québécois d'adoption, 2006, *Ministère de la Justice et Ministère de la santé et des services sociaux* : <http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/publications/rapports/pdf/adoption.pdf>

préalable, doit avoir vérifié si les conditions de la loi sont remplies et si l'adoption est conforme à l'intérêt de l'enfant. Aussi l'adoption est-elle prioritairement considérée comme une mesure de protection de l'enfance : toutes les décisions prises en matière d'adoption doivent viser le respect des besoins de l'enfant, de ses intérêts et de ses droits<sup>23</sup>. Au Québec, les couples qui désirent adopter peuvent emprunter trois directions différentes : ils peuvent choisir l'adoption régulière, l'adoption par la Banque mixte ou l'adoption internationale<sup>24</sup>.

### L'adoption locale régulière

L'adoption régulière, en contexte québécois, consiste la plupart du temps en l'adoption d'un nouveau-né. Ce type d'adoption repose donc sur un consentement à l'adoption de la part des parents biologiques au moment de la naissance de l'enfant. L'adoption dite "régulière" ou "classique" est prise en charge par les *Centres Jeunesses du Québec* auxquels incombe la responsabilité de trouver une famille à l'enfant. L'attente pour ce type d'adoption varie entre 4 et 6 ans, un délai relativement long qui s'explique principalement par le fait que les bébés confiés directement à l'adoption dès leur naissance sont de plus en plus rares. Ces longs délais découragent plusieurs adoptants qui préfèrent plutôt se tourner vers l'adoption internationale ou encore vers l'adoption via le programme de Banque mixte.

### L'adoption via le programme de Banque mixte

L'adoption en Banque mixte est relativement récente au Québec; elle a été mise sur pied en 1988 et vise principalement à trouver un cadre familial stable et favorable au développement de l'enfant: « *L'objectif de ce programme est de permettre à des enfants à haut risque d'abandon ou dont les parents sont incapables de répondre à leurs besoins, d'être placés le plus tôt possible dans une famille stable, prête à les garder en famille d'accueil dans une perspective d'adoption* »<sup>25</sup>. Ce modèle d'adoption a aussi pour objectif d'éviter des déplacements multiples

---

<sup>23</sup> Ministère de la santé et des services sociaux :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-116-02F.pdf>

<sup>24</sup> Il existe aussi au Québec l'adoption par une famille d'accueil et l'adoption par "consentement spécial" qui réfère à l'adoption d'un enfant par un membre de sa famille d'origine ou par le conjoint de l'un de ses parents. Ces formes d'adoptions demeurent plus marginales et ne sont pas détaillées dans la présente section.

<sup>25</sup> Centres Jeunesse: <http://www.centrejeunessedequébec.qc.ca/Afficher.aspx?section=627>

aux enfants à forte probabilité d'abandon et de favoriser la réalisation de projets de vie permanents.

Dans un premier temps, les services sociaux des Centres jeunesse doivent identifier les enfants qui sont les plus susceptibles de devenir éligibles à l'adoption. De leur côté, les postulants qui souhaitent s'inscrire en Banque mixte doivent d'abord faire l'objet d'une évaluation psychosociale, laquelle constitue au Québec une condition légale à toute adoption. Lorsque l'évaluation s'avère positive et que les postulants désirent poursuivre dans cette voie, ils sont inscrits sur les listes d'attente et sont éventuellement jumelés à un enfant. Évidemment, les postulants souhaitent d'abord pouvoir adopter: par conséquent, même s'ils acceptent d'accueillir l'enfant qui leur est confié à titre de famille d'accueil, ils espèrent que celui-ci pourra être adopté. D'ailleurs, l'expression "Banque mixte" réfère au fait que les Centres Jeunesse maintiennent une "banque" de noms d'adoptants potentiels qui acceptent d'être évalués à la fois comme famille d'accueil et comme candidats à l'adoption. Ainsi, au moment du placement de l'enfant dans sa famille d'accueil, celui-ci n'est pas encore légalement admissible à l'adoption et le programme de "banque mixte" ne garantit pas non plus que l'enfant confié à la famille d'accueil pourra être adopté. Par contre, les Centres Jeunesse s'accordent pour dire que plus de 90% des enfants placés en famille "Banque mixte" deviendront admissibles à l'adoption, alors qu'un faible 7% à 8% retournera auprès de leurs parents biologiques ou fera l'objet d'une mesure de placement à long terme<sup>26</sup>.

Durant la période de placement dans la famille d'accueil, l'enfant entretient des contacts plus ou moins réguliers avec sa famille d'origine. Les services sociaux ont la responsabilité de superviser ces contacts et d'évaluer la qualité des relations entre l'enfant et ses parents biologiques. Ils doivent également déterminer quelles sont les possibilités que l'enfant puisse retourner dans sa famille d'origine. Si les intervenants arrivent à prouver que les parents de naissance de l'enfant n'assument plus leurs responsabilités parentales et qu'un éventuel retour n'est pas dans l'intérêt de l'enfant, soit les parents de naissance acceptent de donner leur consentement à l'adoption, soit une requête est faite à la Cour par le Centre Jeunesse dans le but d'obtenir un jugement

---

<sup>26</sup> Information tirée de Goubau et Ouellette (2006 : 8).

d'admissibilité à l'adoption. Dans plusieurs cas, les parents d'accueil obtiennent d'abord le placement de l'enfant jusqu'à majorité (ordonnance de placement prononcée par le tribunal), c'est-à-dire que l'enfant est placé en permanence dans la famille d'accueil (jusqu'à ses 18 ans) mais les parents d'accueil ne sont toujours pas les parents légaux de l'enfant. À cette étape, les chances pour les parents d'origine de récupérer l'enfant et d'en avoir la garde complète sont très minces. L'étape finale, le jugement d'adoption, « *transfère définitivement aux parents adoptifs l'autorité parentale et confère à l'enfant adopté et à ses parents adoptifs les mêmes droits et obligations que la filiation biologique* »<sup>27</sup>.

### L'adoption internationale

Dans le cas de l'adoption d'un enfant domicilié hors du Québec, (connue sous le nom d'adoption internationale), les procédures et les démarches d'adoption impliquent plusieurs instances et comportent aussi plusieurs étapes. Au Québec, le *Secrétariat à l'adoption internationale* (SAI), lequel agit au nom du *Ministre de la Santé et des Services sociaux*, qui représente l'autorité centrale et l'acteur principal des adoptions d'enfants domiciliés hors Québec. Il informe les personnes et les familles qui projettent d'adopter et veille à l'application de la législation et au respect des orientations du Québec et des règles éthiques en matière d'adoption internationale<sup>28</sup>. C'est aussi le SAI qui supervise et conseille les organismes agréés (plus connues sous le nom d'agences d'adoption), lesquels effectuent les démarches d'adoption avec les adoptants. Les agences d'adoption ont pour mandat de faciliter le processus d'adoption internationale. Elles servent d'intermédiaires entre les autorités des pays étrangers et les adoptants. Au Québec, à l'exception des adoptions internationales intrafamiliales, les agences d'adoption encadrent la presque totalité des adoptions internationales. Les parents doivent prendre les informations nécessaires auprès du SAI et entrer en contact avec l'agence qui correspond le plus à leurs besoins et avec laquelle ils souhaitent entreprendre leurs démarches. L'entente entre l'agence et les adoptants est officialisée par la signature d'un contrat.

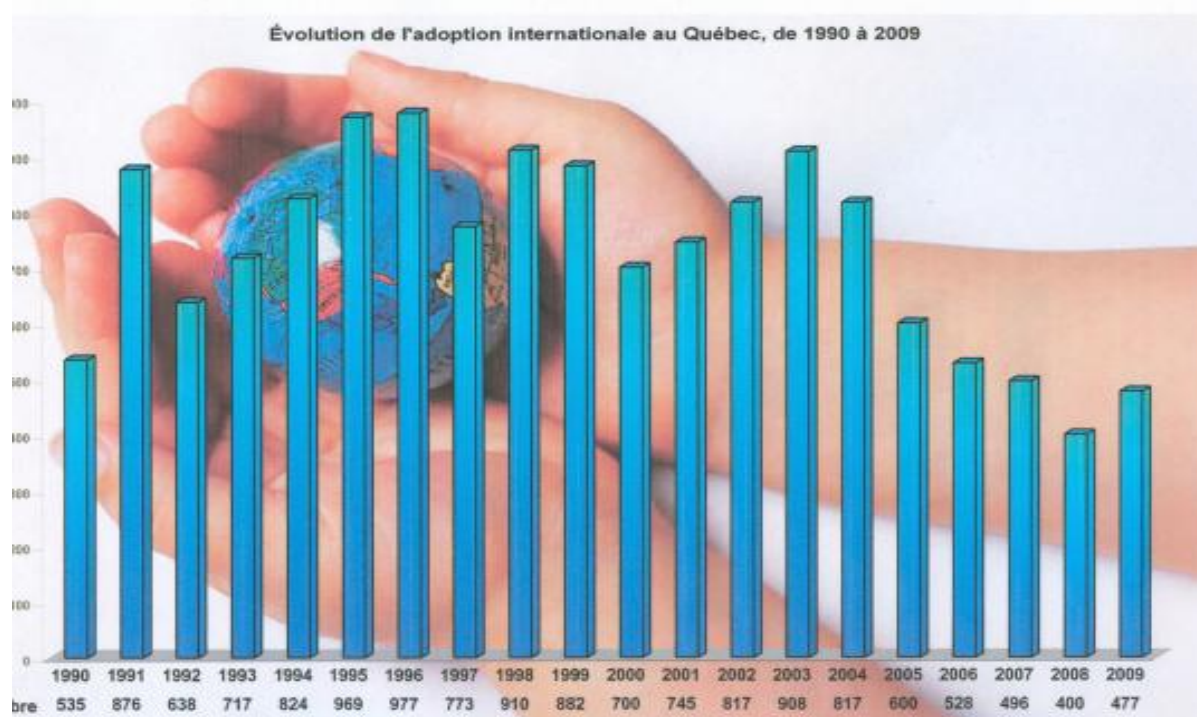
---

<sup>27</sup> Ministère de la santé et des services sociaux :  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-116-02F.pdf>

<sup>28</sup> Site officiel du Secrétariat à l'adoption internationale :  
[http://www.adoption.gouv.qc.ca/site/fr\\_organisation\\_mandat\\_secretariat.phtml](http://www.adoption.gouv.qc.ca/site/fr_organisation_mandat_secretariat.phtml)

Dans les mois qui suivent, les adoptants doivent “monter leur dossier”, c’est-à-dire fournir les papiers et les preuves nécessaires exigés par le SAI ou encore par le pays d’origine de l’enfant. Une fois les vérifications complétées, le SAI remet aux adoptants une lettre qui confirme l’ouverture du dossier d’adoption. C’est seulement une fois cette lettre reçue que les démarches

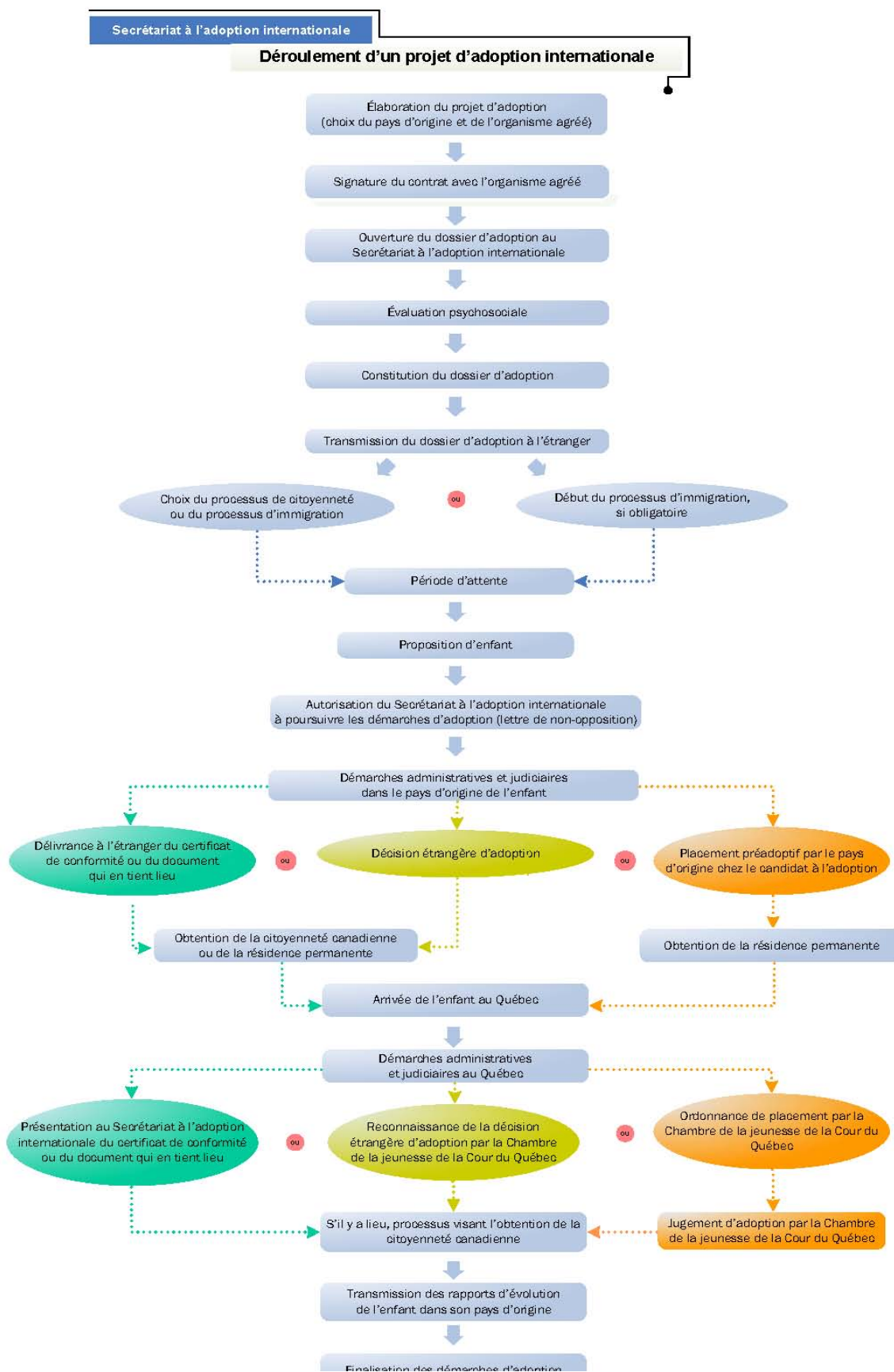
**TABLEAU 3 : Évolution - adoptions internationales**



Source : Secrétariat à l’adoption internationale<sup>29</sup>

pour procéder à l’évaluation psychosociale peuvent être entamées. Ce type d’évaluation, obligatoire pour toutes les personnes domiciliées au Québec qui souhaitent adopter un enfant, consiste en une série d’entrevues individuelles, en couple et en famille, le cas échéant. L’évaluation psychosociale vise principalement à s’assurer que les parents adoptants peuvent subvenir aux besoins physiques, psychiques et sociaux de l’enfant. D’ailleurs, la plupart des pays étrangers exigent que le dossier de l’adoptant soit accompagné d’une évaluation de sa situation

<sup>29</sup> <http://www.adoption.gouv.qc.ca/site/accueil.phtml>

**TABLEAU 4 : Déroulement d'un projet d'adoption internationale**

Source : <http://www.adoption.gouv.qc.ca/site/accueil.phtml> (Secrétariat à l'adoption internationale)

psychosociale. Cette évaluation, dépendamment des ententes établies avec les pays d'origine et de leur statut de signataire ou de non-signataire de la *Convention de La Haye*<sup>30</sup>, est effectuée par un travailleur social ou un psychologue délégué par le Centre Jeunesse ou issu d'une clinique privée. Le rapport d'évaluation qui déclare les personnes aptes à adopter un enfant domicilié hors du Québec est ensuite joint au dossier des adoptants. Ce dossier est envoyé aux autorités représentant le pays étranger au Canada (le consulat, l'ambassade ou tout autre forme de représentation diplomatique) qui doivent certifier l'ensemble des documents et les retourner à l'agence d'adoption. Une fois que le SAI a procédé à une vérification complète du dossier, celui-ci peut être transmis aux autorités du pays d'origine. Par la suite, il peut s'écouler plusieurs mois et même quelques années avant que les adoptants ne reçoivent une proposition d'enfant.

Les frais liés au processus d'adoption internationale varient beaucoup selon les pays d'adoption concernés. Divers facteurs influencent le coût final de l'adoption (frais de déplacement, frais administratifs et juridiques, don versé à l'orphelinat, etc); il est donc difficile de fournir un montant total exact<sup>31</sup>. Par contre, il semble pertinent de mentionner que depuis 2008, le crédit d'impôt remboursable pour les frais d'adoption a été majoré à 50% par le gouvernement provincial (alors qu'il était auparavant de 30%). Au final, si on tient compte également de la fiscalité fédérale, le remboursement des frais admissibles peut atteindre 63%.

### **1.3.1 L'enfant au centre : les nouveaux défis de l'adoption**

L'adoption, en tant qu'institution sociale, ne date pas d'hier. Elle constitue une pratique quasi universelle de prise en charge d'un enfant par des personnes qui ne sont pas ses parents biologiques mais qui le traitent selon les normes locales de relations parent-enfant. Par contre, au fil des décennies, tant sur le plan local qu'international, l'adoption s'est transformée; elle est plus

---

<sup>30</sup> Les procédures administratives et judiciaires concernant la décision d'adoption diffèrent selon que le pays d'origine de l'enfant est un État signataire ou non de la *Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale*. Si le pays d'origine de l'enfant a ratifié la Convention de La Haye, la décision du pays pourra être reconnue administrativement par le *Secrétariat à l'adoption internationale* (SAI). Si le pays d'origine de l'enfant n'a pas ratifié la *Convention de La Haye*, la décision devra alors être reconnue légalement par la *Chambre de la jeunesse de la Cour du Québec*.

<sup>31</sup> À titre informatif, voir annexe 7: une mère adoptive sur le site de *l'Association des Familles Québec-Asie* présente la ventilation des frais liés à un projet d'adoption en Chine.



encadrée et mieux surveillée, mais aussi de plus en plus centrée sur les besoins et la protection de l'enfant.

Sur le plan local, c'est-à-dire en contexte québécois, les cadres juridiques et sociaux dans lesquels l'adoption est aujourd'hui pratiquée diffèrent passablement de ceux du "temps des crèches" et les enjeux que l'adoption domestique recouvre se sont, eux aussi, considérablement transformés. Portées par le mouvement de contestation de plusieurs enfants adoptés entre les années 1920 et 1970 (mouvement *Retrouvailles*), les revendications liées au droit d'accès aux informations sur ses origines sont aujourd'hui jugées recevables et fondées. Plus encore, elles sont souvent considérées comme essentielles à l'équilibre identitaire. Parallèlement, les pratiques de confidentialité imposées par les autorités sont de plus en plus critiquées et considérées comme allant à l'encontre de l'intérêt de l'enfant et de son droit légitime à connaître sa famille biologique. Plus récemment, les revendications liées au droit de connaître ses origines s'appuient aussi sur des arguments liés à la santé et à la prévention médicale; ainsi, plusieurs adoptés réclament le droit de connaître leurs antécédents médicaux.

Les nombreux enjeux que pose l'adoption locale sont d'ailleurs bien illustrés dans les propositions émises dans le nouveau projet de loi déposé en octobre 2009 et qui s'intitule : *Loi modifiant le Code civil et d'autres dispositions législatives en matière d'adoption et d'autorité parentale*. Ce projet de loi vise à actualiser les règles qui régissent l'adoption au Québec et contient différentes propositions de modifications au Code civil qui se déclinent en quatre directions principales: il propose de modifier les règles régissant la confidentialité des dossiers d'adoption, de revoir les dispositions relatives à la délégation judiciaire de l'autorité parentale et d'introduire l'adoption ouverte (ententes de communication) et l'adoption sans rupture du lien de filiation d'origine. Le projet de loi, toujours à l'étude à l'heure actuelle, témoigne tout de même des transformations et des réflexions qui touchent actuellement le régime d'adoption au Québec. L'ensemble des acteurs impliqués<sup>32</sup> appuie l'initiative de modernisation du régime québécois d'adoption et admet la nécessité pour la société québécoise de s'ouvrir à des formes alternatives d'adoption et de mettre en place un ensemble de solutions adaptées aux besoins de chaque enfant.

---

<sup>32</sup> Pour de plus amples détails sur ce projet de loi et sur les positions tenues par les différents acteurs entendus lors de la Commission parlementaire, voir Châteauneuf et Ouellette (2010).

Le programme d'adoption en Banque mixte, auquel ont d'ailleurs recours de plus en plus de couples infertiles, pose lui aussi sa part de questionnement. Guidé par un principe directeur qui est celui du meilleur intérêt de l'enfant, le processus d'adoption en Banque mixte pose la question des relations entre les membres du triangle adoptif et interroge la valeur des liens impliqués. Les positions tenues par les différents partis (parents adoptifs, parents biologiques, intervenants, adoptés) reposent principalement sur le principe du respect des droits de l'enfant et l'idée selon laquelle toute décision le concernant doit d'abord être prise en fonction de son intérêt et de son bien-être fait l'unanimité. Par contre, tous ne s'entendent pas sur la définition du concept du "meilleur intérêt de l'enfant" ou encore de celui de "préservation des liens d'appartenance significatifs", d'où certaines divergences d'opinions: Qu'est-ce qu'un lien "significatif" et quels critères doivent être privilégiés pour le définir? Quelle valeur doit être accordée aux liens biologiques et au maintien de certains liens entre l'enfant adopté et sa famille d'origine? Alors que certains considèrent leur conservation déterminante sur le plan identitaire, d'autres s'inquiètent de l'impact et des répercussions que pourraient avoir ces types d'adoptions sur le lien d'attachement entre l'enfant adopté et ses parents adoptifs.

Sur le plan international, les structures organisationnelles qui encadrent l'adoption se sont surtout préoccupées de superviser et de contrôler la circulation des enfants adoptés, de manière à éviter toute forme de marchandage ou de trafic d'enfant. Actuellement, le principal outil d'encadrement de l'adoption internationale demeure la *Convention de La Haye (Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale)* laquelle a été à ce jour ratifiée par 83 États, donateurs et receveurs d'enfants. Les dispositions de la Convention s'appuient sur la recherche de l'intérêt supérieur de l'enfant et le respect de ses droits fondamentaux et, plus globalement, sur les principes reconnus par la *Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant* (1989). Dans son préambule, la *Convention de La Haye* se positionne en faveur du maintien de l'enfant dans sa famille ou son État d'origine : à ce titre, elle rappelle que « *chaque État devrait prendre des mesures appropriées pour permettre le maintien de l'enfant dans sa famille d'origine* » et n'envisager l'adoption internationale qu'en dernier recours. De plus, les États signataires de la Convention ont la responsabilité de s'assurer que « *les personnes, institutions et autorités dont le consentement est requis pour l'adoption ont été entourées de*

*conseils nécessaires et dûment informées sur les conséquences de leur consentement et qu'elles ont donné librement leur consentement dans les formes légales requises ».*

Si la *Convention de La Haye* permet effectivement un meilleur encadrement de l'adoption internationale, le fait que les enfants adoptés continuent de circuler à sens unique, c'est-à-dire des pays du Sud vers les pays du Nord, donc des pays plus pauvres vers les pays plus riches, demeure un objet de controverse. De plus, la question du droit à la connaissance de ses origines et la tendance à l'ouverture, déjà très présentes sur le plan local, pénètrent progressivement les fondements de l'adoption internationale<sup>33</sup>. Il semble d'ailleurs réaliste de penser qu'au cours des prochaines années, les autorités devront déployer des efforts supplémentaires pour s'assurer que les enfants adoptés puissent, s'ils le désirent, obtenir des informations supplémentaires sur leurs parents biologiques.

---

<sup>33</sup> Concernant l'existence d'informations relatives aux origines de l'enfant adopté et l'accès aux dossiers d'adoption, les situations sur le plan international varient énormément d'un pays à l'autre. D'un côté, le fait que l'adoption internationale implique plusieurs procédures officielles facilite dans certains cas le repérage et l'identification de la famille biologique de l'enfant si celui-ci en fait la demande. Par contre, les législations nationales diffèrent d'un pays à l'autre en ce qui a trait aux règlements régissant la confidentialité et la gestion des dossiers d'adoption, ce qui mène à certains écarts entre les pays.

#### **1.4 Le croisement de la PMA et de l'adoption comme lieu d'étude**

Dans les sections précédentes de ce premier chapitre, je me suis principalement attardée à détailler et à décrire les situations de la procréation assistée et de l'adoption sur les plans pratique et administratif. Avant d'entamer une réflexion théorique, je voudrais présenter de façon plus pointue les dimensions que je retiens de ce portrait et que j'ai choisi de développer et de questionner à l'intérieur de cette thèse.

Ce projet de recherche s'attarde au lieu de croisement de la procréation médicalement assistée et de l'adoption et aux différentes implications qui lui sont liées d'un point de vue familial, parental et reproductif. Différents facteurs, dont la tendance à la médicalisation du processus procréatif, les délais d'attente de plus en plus longs dans la plupart des cas d'adoptions internationales (et cela sans compter les frais importants qui l'accompagnent), la complexité des démarches et l'incertitude liées à l'adoption domestique, contribuent au développement d'une trajectoire somme toute assez classique et qui consiste, pour les couples en situation d'infertilité, à se lancer d'abord dans divers essais cliniques et ensuite (du moins pour une certaine partie de ceux-ci), dans un projet d'adoption.

Dans l'ensemble, la littérature s'est beaucoup plus intéressée à l'un ou à l'autre des phénomènes (soit l'adoption, soit la PMA), et plus rarement à la dynamique entre les deux, si ce n'est pour mettre en évidence la question commune qui leur est sous-jacente : le droit de l'enfant à la connaissance de ses origines. En effet, tant l'adoption que les techniques de procréation faisant appel à un donneur (le plus souvent de sperme, mais aussi d'ovocytes ou d'embryons dans quelques plus rares cas) posent la question des origines biologiques et génétiques et alimentent considérablement le débat relatif au droit de connaître ses origines<sup>34</sup>. Le parallèle maintes fois soulevé entre PMA avec donneur et adoption en ce qui concerne la question du droit à connaître ses origines n'est pas sans intérêt, mais à trop vouloir mettre en évidence ce point d'articulation commun, on risque d'en oublier leur logique encore bien distincte en regard, non seulement des valeurs intrinsèques à leur mise en pratique, mais également des représentations sociales de la reproduction humaine qu'elles privilégient. Bref, les discussions autour de cette question ont

---

<sup>34</sup> Le point 2.5 (dans le chapitre 2) aborde cette dimension du problème et fait le point sur l'état de la recherche.

souvent été appréhendées sous un angle juridique ou identitaire, et plus rarement sous l'angle de la parenté et de la filiation.

Dans cette thèse, j'ai donc voulu reprendre les phénomènes de la PMA et de l'adoption et les entrevoir comme des "options" vis-à-vis desquelles les couples infertiles doivent se positionner: « *L'adoption et la procréation médicalement assistée permettent toutes deux de satisfaire un désir parental qui ne peut l'être naturellement. Ce dénominateur commun explique leur complémentarité : rares sont les couples qui, avant de se tourner vers l'adoption, n'ont pas d'abord eu recours à l'assistance médicale à la procréation* » (Neirinck 2000-b: 25). Cette complémentarité met également en évidence des ramifications plus complexes, puisqu'en cas d'échec(s) en traitements de fertilité, le désir d'enfant risque d'être exacerbé, ce qui, selon Lavallée (2005-b) n'est pas sans conséquence pour le milieu de l'adoption qui risque de subir indirectement les effets de la logique qui prévaut dans les cliniques médicales d'aide à la procréation.

Si l'adoption et la procréation médicalement assistée mettent toutes deux en évidence le caractère construit de la filiation, l'une ayant recours à la médecine et l'autre au juridique, il n'en demeure pas moins que les valeurs qui les légitiment sont passablement différentes. La philosophie et la législation qui encadrent l'adoption mettent de l'avant le principe du "meilleur intérêt de l'enfant" : leur engagement et leur responsabilité sont tournés vers l'enfant et non pas vers les couples et leur problème d'infertilité. L'adoption est donc principalement (du moins dans ses lignes directrices) orientée vers la satisfaction des besoins de l'enfant. De son côté, la procréation médicalement assistée centre ses préoccupations sur l'aspect physiologique de la reproduction et tente à tout prix de remédier à l'infertilité en "créant" une grossesse. Les préoccupations respectives de la PMA et de l'adoption ainsi que leur ancrage historique inégal dans les traditions des sociétés occidentales (l'adoption existe depuis beaucoup plus longtemps que la PMA) expliquent également pourquoi elles n'établissent pas, vis-à-vis des couples et futurs parents, les mêmes exigences: « *Le droit de l'assistance médicale à la procréation est en partie muet sur la qualité de l'accueil de la famille alors que le droit de l'adoption est plutôt pointilleux. On ne peut qu'être frappé par le contraste avec le poids du contrôle social en matière d'adoption* » (Hauser 1996 : 24). Pourtant, comme le souligne Neirinck (2000-a), ce sont les mêmes couples qui, « *en*

*cas d'échec du traitement médical, se tournent vers la solution juridique de l'adoption pour trouver une réponse à leur désir d'enfant, unique moteur de cette double démarche » (2000-a: 355). L'adoption, de son côté, s'est transformée au fil des siècles et constitue aujourd'hui une institution étroitement encadrée par le droit et soumise de manière répétitive au consensus social. Ce qui n'est pas le cas pour la PMA, plus récente comme mode d'accès à la parentalité. Non seulement les nouvelles méthodes reproductives posent-elles de nombreux défis éthiques, juridiques et politiques, mais elles demeurent difficiles à encadrer en raison même de leur position à la croisée de la médecine et de la reproduction, cette dernière étant aujourd'hui considérée relever de l'ordre du privé et de l'intime, et plus particulièrement d'un droit naturel, celui de fabriquer librement ses propres enfants. Sur le plan discursif, on peut aussi noter l'existence d'une opposition entre PMA et adoption, opposition à travers laquelle la PMA revêt un caractère "égoïste" (narcissisme de l'engendrement) et l'adoption une certaine forme de "pureté" (charité et don de soi). Pourtant, en pratique, les adoptants eux-mêmes admettent qu'adopter constitue un projet pour soi et non un geste humanitaire.*

De l'ensemble de cette situation découlent nombre de questions qui touchent non seulement à l'univers filiatif, mais aussi à la reproduction, au désir d'enfant, à la paternité et à la maternité : La médicalisation de l'infertilité et le fait d'avoir recours aux nouvelles technologies reproductives poussent-ils les parents à considérer l'adoption comme une forme inférieure d'accès à la parentalité ? Comment les couples vivent-ils le passage entre un milieu qui de prime abord valorise le biologique et les interventions médicales et un autre, celui de l'adoption, où le lien social et affectif domine ? Comment les hommes et les femmes naviguent-ils à travers cette transition complexe de leur vie ? De quelle manière les couples, tout au long de leur cheminement vers l'adoption, ont-ils défini, redéfini ou ajusté les paramètres de la parenté et de l'apparement ? Le passage entre les deux modes de parentalité que sont l'adoption et la procréation médicalement assistée implique nécessairement un changement dans l'attitude des couples adoptifs. Mais cette situation implique aussi une transition complexe quant à la manière de considérer l'enfant lui-même et de le conceptualiser dans le projet parental, d'où l'importance de dépasser le mode comparatif et d'aborder la relation PMA-adoption comme un point d'articulation autour duquel gravitent un ensemble de désirs individuels, de forces culturelles et d'institutions sociales.

La grande question générale de cette thèse pourrait donc se poser comme suit : Considérant la valeur accordée à l'enfant dans les sociétés contemporaines ainsi que celle généralement attribuée à l'idée de « faire famille », comment des couples ayant vécu des problèmes d'infertilité ont-ils cheminé entre, d'une part, les nombreuses possibilités offertes par la médecine reproductive et, d'autre part, l'option de l'adoption, pour finalement en arriver à la décision d'adopter? Le processus entier traîne une interrogation centrale, celle du désir d'enfant et du projet parental et c'est pourquoi l'adoption, dans cette étude, n'est pas entrevue comme une fin en soi, mais comme le début d'une expérience parentale qui à son tour devient objet de réflexion.

## **CHAPITRE II**

### **Parenté, famille et reproduction du corps social: réflexion théorique**

La famille occidentale et les cadres dans lesquels se déploie l'ensemble des relations de parenté se sont profondément transformés au cours des dernières décennies : l'approche conceptuelle développée dans ce chapitre vise une meilleure compréhension des nouvelles dynamiques sociales à l'œuvre dans le champ de la parenté. La direction théorique privilégiée s'inscrit en continuité des approches actuelles de l'anthropologie de la parenté, lesquelles, par la flexibilité qu'elles affichent, permettent d'aborder les phénomènes de la PMA et de l'adoption à l'intérieur d'un cadre commun capable de tenir compte de l'évolution et de la transformation de la famille occidentale, de ses modes de reproduction et de la place de l'enfant en son sein. Parallèlement, les choix théoriques reflètent aussi un désir de se distancier des approches plus statiques et trop centrées sur les statuts et les rôles assignés à l'intérieur de l'espace parental, ou encore des approches plus fatalistes qui abordent la famille moderne en termes d'éclatement ou de recul. La préoccupation centrale, d'un point de vue théorique, est d'arriver à saisir les mouvements et les subtilités qui se jouent à la frontière de la parenté biologique et sociale.

Ce chapitre reprend donc les principaux thèmes annoncés dans le chapitre introductif (la parenté, la famille, la procréation médicalement assistée et l'adoption) et les situe dans un espace théorique. Au final, les concepts retenus permettent de poser un regard renouvelé sur les phénomènes de la PMA et de l'adoption et de cerner les processus sociaux qui interviennent dans les représentations de la famille et de l'enfant, dans les décisions relatives à la reproduction du corps social et dans la création des liens de parenté.

#### **2.1 Regard sur l'anthropologie de la parenté**

La parenté et les systèmes de parenté ont sans doute été, historiquement, les aspects de la vie sociale et culturelle auxquels les anthropologues ont accordé le plus d'importance. D'abord abordée et analysée comme entité distincte par les approches classiques, la parenté est devenue au fil des décennies, et plus particulièrement depuis le début des années 1990, un domaine mis en



relation avec d'autres aspects de la vie biologique, sociale et culturelle; une évolution qui reflète la préoccupation grandissante de la discipline pour les processus et les variations de l'histoire : « *Dorénavant, les anthropologues ne voient plus la parenté comme un système dans lequel les acteurs humains doivent correspondre à des rôles assignés, mais plutôt selon différents points de vue qui dépendent des positions particulières des acteurs* »<sup>1</sup> (Stone 2001 : 17). Chose certaine, comme le rappellent nombre d'auteurs, dans toutes les sociétés, la parenté continue d'être socialement significative et ce sont plutôt les manières de définir et d'appliquer la parenté qui se sont transformées : « *Dans toutes les sociétés humaines, les individus reçoivent les premiers éléments de leur statut et de leur identité sociale par la parenté [...] les liens de parenté sont universellement employés pour définir les relations sociales, mais les sociétés considèrent et vivent la parenté de différentes façons* » (Ghasarian 1996 : 11-16).

Dès le début de la deuxième moitié du 20<sup>ième</sup> siècle, l'anthropologie de la parenté affronte des critiques internes virulentes et procède à une transformation somme toute assez radicale de ses approches analytiques. Au même moment, les sociétés euro-américaines assistent au renforcement de certaines valeurs venant modifier en profondeur les structures filiales et familiales; déstabilisation de la tradition, perte des repères classiques, force de l'individuation, centration sur l'affection dans les rapports familiaux (Collard 2005-c : 137). À cet égard, Godelier nous rappelle que tous les changements intervenus récemment dans notre système de parenté sont symétriques à l'évolution générale des sociétés occidentales (capitalistes et démocratiques) qui privilégient les initiatives et les intérêts individuels et rejettent en principe les formes despotiques de l'autorité (2004 : 16). Cette situation, comme nous le verrons, conduit à une tension entre, d'une part, une conception de la parenté traditionnelle fortement enracinée dans la reproduction biologique et, d'autre part, une conception de la parenté qui privilégie le choix et la volonté d'implication. La perception de la filiation dans les sociétés occidentales se trouve ainsi tiraillée entre deux pôles, soit entre le principe du lien librement choisi et la mystique des liens de sang (Fine 2002 : 75).

---

<sup>1</sup> À quelques exceptions près, toutes les citations issues d'auteurs anglophones ont été traduites (sur une base personnelle), le but étant de rendre la lecture plus fluide.

Si la biologie entrevoit la parenté d'abord comme un réseau de connexions et de relations génétiques, l'anthropologie a, quant à elle, toujours privilégié les facteurs culturels et sociaux de la parenté : « *la parenté est un système symbolique, un système de repérage social et affectif, mais un système ambigu dont les intéressés s'ingénient à relativiser le fondement biologique en créant la fiction d'une "vérité"* » (Zimmerman 1993 : 224). Considérant que les théories relatives à l'engendrement, à la naissance et au lien familial et parental varient considérablement d'une société à l'autre et qu'il « faut toujours plus que deux organismes qui se reproduisent pour 'faire de la parenté' » (Godelier 2004), l'anthropologie s'attarde plus spécifiquement aux dimensions symboliques, historiques et culturelles de la parenté : « *L'étude d'un système de parenté consiste à comprendre comment les éléments qui composent la parenté interagissent et produisent des faits de parenté, eux-mêmes continuellement inter-reliés* » (Ghasarian 1996 : 243). Abordée et comprise à partir de *Ego*, la parenté devient donc « *une organisation généalogique permettant à chacun de s'identifier et de se différencier* » (Ouellette 2000-a : 51) ou encore « *un procédé taxinomique qui porte sur l'humain* » (Barry 2008 : 17). La parenté transforme le fait biologique en fait social. Elle constitue un cadre symbolique qui assigne l'individu dans un système de relations qui le dépasse : « *Ce mot [parenté] nous renvoie à un principe de classification terminologique définissant les différentes catégories de parents ainsi qu'à certaines attitudes et obligations que les individus appartenant à ces différentes catégories peuvent et doivent entretenir entre eux* » (Cadoret 2006 : 56).

Dans le but de saisir les multiples regards qu'ont posés les anthropologues sur les relations de parenté au cours des trente dernières années et dans le but également de comprendre les fondements des approches privilégiées tout au long de la thèse, il apparaît pertinent de présenter brièvement l'évolution des différentes approches en anthropologie de la parenté contemporaine. Sans remonter jusqu'aux approches classiques, la présente section (2.1) s'intéresse à trois volets de l'anthropologie de la parenté, chacun d'eux faisant référence à des dimensions qui seront rediscutées par la suite dans l'analyse des données : le déclin des approches fonctionnaliste et structuraliste et l'influence de D. Schneider (2.1.1), le développement des approches contemporaines (2.1.2) et les enjeux que pose la génétique dans la définition des relations de parenté (2.1.3).

### 2.1.1 Schneider et le déclin des approches fonctionnaliste et structuraliste

Chez les théoriciens classiques, la parenté était la plupart du temps abordée et entrevue comme LE principe irréductible duquel dépendait l'ensemble de l'organisation de la vie sociale. Les approches développées par ces premiers théoriciens de la parenté s'inscrivaient dans une logique qui se préoccupait davantage des structures des groupes de parenté et du développement d'un vocabulaire terminologique que des problèmes émergeant de situations empiriques concrètes. Dans l'ensemble, les théories classiques sur la parenté, à partir de concepts dérivés des théories de la descendance et de l'alliance, s'intéressaient aux systèmes et aux structures, aux relations entre les groupes et aux statuts de parenté dans les sociétés pré-industrielles non occidentales.

Puis dès le début des années 1970, les anthropologues manifestent leur désir de se libérer de la gangue du modèle hégémonique imposé par le structuro-fonctionnalisme. Les critiques adressées aux approches classiques de la parenté (de l'évolutionnisme au structuralisme) se multiplient : on leur reproche d'avoir négligé les dimensions expérientielles, créatives, émotionnelles et dynamiques des relations de parenté et d'avoir proposé une sorte de vision purifiée des relations décrites par les sujets et collectées par les anthropologues (Carsten 2000-a). Un autre problème fut aussi le sentiment dans la communauté anthropologique que les modèles classiques en parenté étaient trop rigides et trop ancrés dans des règles légales et dans un jargon technique pour pouvoir en arriver à comprendre la multiplicité des contextes dans lesquels les acteurs organisent leurs relations de parenté. Ces critiques conduisent ensuite à une remise en question généralisée de l'idée que les faits naturels de la procréation constituent la base même de la parenté<sup>2</sup>. Si l'essentiel du courant critique des études classiques en parenté est généralement attribué à D. Schneider, les positions de Needham (1971), de Leach (1961) et de quelques anthropologues féministes<sup>3</sup> (Yanagisako et Collier 1987; Yanagisako et Delaney 1995) demeurent

---

<sup>2</sup> Par contre, certains auteurs plus contemporains (Gellner 1960; Dumont 1971; Héritier 1981; Zimmerman 1993; Schweitzer 2000; Scheffler 2001; Delière 2005; Shapiro 2008), sans nécessairement se faire les portes-paroles des approches classiques, insistent sur l'égalité importance des sphères biologique et sociale dans l'étude la parenté et s'inscrivent en quelque sorte en continuité des auteurs classiques. Perpétuant l'usage d'un vocabulaire terminologique, ils soutiennent que l'étude de la filiation et de l'alliance peut difficilement se faire sans considération pour les aspects reproductifs et biologiques ainsi que pour les "faits de la vie". Dans sa forme la plus radicale, cette position se traduit également par une critique des nouvelles approches constructivistes en parenté, jugées non seulement responsables du maintien de la « *biophobie* » dans la théorie sociale, mais aussi « *irrespectueuses des principes par lesquels le genre humain classifie les universaux de la parenté* » (Shapiro 2008).

<sup>3</sup> Les positions féministes critiquent le caractère sexiste des études de l'anthropologie classique de la parenté et s'opposent à l'idée que les femmes puissent être considérées, sur le plan analytique, comme des objets d'échange

incontournables. Déjà en 1971, Needham déclare « *there is no such thing as kinship and it follows that there can be no such thing as kinship theory* » (1971: 5) et se positionne contre une définition unique des termes “parenté” et “mariage” en raison de la multiplicité de leur utilisation.

Suivra à ces critiques une période creuse pour les études sur la parenté en anthropologie, lesquelles deviennent alors “l’archétype du modèle honni” : « *Objet fétiche autrefois, les études de parenté se virent dès lors reléguées au rang de simple curiosa qu’on exhumait de temps à autre, à l’occasion de quelque nostalgique pèlerinage sur les anciens champs de bataille de la discipline, là où aimaient à ferrailer nos aînés* » (Barry 2002 : 71). Le véritable renouveau des approches sur la parenté prendra son envol avec D. Schneider, point de pivot d’une nouvelle génération d’anthropologues qui privilégieront une approche plurielle de la parenté.

Schneider est sans doute celui dont les positions ont été les plus fermes et celui qui a eu le plus d’influence sur le développement des approches contemporaines en anthropologie de la parenté. Il est le premier à s’intéresser, non pas tant aux statuts et aux relations de parenté comme tel, mais plutôt à ce qu’ils veulent dire pour les groupes concernés. Sous son analyse, la parenté n’est plus considérée comme un vaste ensemble de statuts, de rôles et d’institutions, mais davantage comme un système symbolique. D’abord, Schneider (1980) soutient que les représentations de la parenté dans la culture américaine sont un reflet du savoir scientifique sur la biogénétique : « *In American cultural conception, kinship is defined as biogenetic. This definition says that kinship is whatever the biogenetic relationship is. If science discovers new facts about biogenetic relationship, then that is what kinship is and was all along, although it may not have been known at the time* » (1980 : 23). Schneider est donc prioritairement préoccupé par la question des processus d’application des modèles biologiques sur les croyances américaines de la parenté : selon lui, il n’y a pas de fait biologique réel dans le système de parenté américain, mais plutôt des interprétations culturelles de celui-ci.

---

entre clans lors d’une alliance. Elles remettent en question l’idée que les différences biologiques entre hommes et femmes puissent être la base universelle de la distinction “masculin” / “féminin” et soulignent l’importance d’étudier d’un même geste parenté et genre puisque les deux interrogent la naturalisation de la différence des sexes par la reproduction : « *Nos arguments s’opposent à la notion selon laquelle les variations interculturelles des catégories et inégalités de genre ne seraient que des élaborations et des extensions d’un même fait naturel* » (Yanagisako et Collier 1987 : 15).

Il soutient que les anthropologues ont fait fausse route en définissant la parenté comme le résultat de la reproduction biologique humaine et en supposant implicitement que la notion culturelle occidentale “*blood is thicker than water*” est un universel humain : les groupes humains peuvent, selon lui, structurer et définir la “parenté” sur des bases autres que la biologie, comme la résidence, les rituels, l’adoption, ou encore sur certaines pratiques de partage de la nourriture ou d’échanges matériels (Schneider 1972). Après une profonde révision de ses propres travaux sur les *Yap* et sur les *Mescalero Apache*, il arrive lui-même à la conclusion suivante : « *I could see that there was no such thing as “kinship”, except as it existed as a set of a priori theoretical assumptions in the mind of the anthropologist [...] In my view, kinship is a non-subject. It exists in the minds of anthropologists but not in the cultures they study* » (Schneider 1972 : 269-270). Il reproche aux études anthropologiques d’avoir inlassablement mis de l’avant l’idée que la parenté est enracinée dans le processus de reproduction (laquelle créerait automatiquement et dans toutes les sociétés des liens de consanguinité) et d’avoir imposé leur propre savoir sur les systèmes de parenté non-occidentaux : « *Kinship as been defined by European social scientists, and European social scientists use their own folk culture as the source of many, if not all, of their ways of formulating and understanding the world about them* » (Schneider 1984 : 193). En ce sens, Schneider démontre que les sociétés occidentales adhèrent à un biologisme spontané selon lequel les liens de sang engendreraient automatiquement des liens de solidarité et des attentes réciproques entre apparentés.

Profondément déstabilisants pour la discipline<sup>4</sup>, les travaux de Schneider ont tout de même été d’une grande utilité pour démontrer les suppositions ethnocentriques intrinsèques à l’étude de la parenté en anthropologie. La position de Schneider a révolutionné la manière de conduire les études sur la parenté<sup>5</sup> : le nouvel intérêt porté aux significations et aux représentations en matière de parenté a rendu secondaires les questions liées aux règles sociales et à l’analyse formelle de la terminologie. En insistant sur le caractère biologisant de la parenté en Occident, Schneider « *a*

---

<sup>4</sup> Il semble important de noter ici que les critiques de Schneider attaquent non seulement les bases analytiques de l’anthropologie de la parenté, mais aussi les fondements mêmes de la discipline de l’anthropologie puisque celle-ci s’est historiquement construite sur les problématiques relatives aux systèmes de parenté.

<sup>5</sup> Franklin reconnaît le legs considérable de Schneider, mais constate que celui-ci n’a pas soulevé la question de « *comment les sciences biologiques construisent des énoncés “vrais” à partir de faits supposément naturels* ». Il a ainsi ignoré que les faits naturels relèvent eux aussi de constructions sociales (Franklin 2001).

*contribué à un déplacement dans la manière d'aborder et de concevoir les phénomènes liés à l'engendrement, à la construction de la personne, au lien familial et à la reproduction des identités* » (Ouellette et Dandurand 2000 : 8). Aujourd'hui, les études sur la parenté s'intéressent beaucoup moins aux structures et aux systèmes et davantage aux pratiques, aux processus et à la nature fluide et contingente des relations de parenté (Levine 2008 : 377).

### **2.1.2 Les conceptualisations contemporaines de la parenté**

Outre les critiques de Schneider, un ensemble d'autres facteurs a aussi contribué à la mutation de l'étude de la parenté : l'irruption de l'histoire dans le champ de l'anthropologie, le choc idéologique que provoque le courant de la sociobiologie, le développement d'une critique féministe dans les sciences sociales et les nouvelles techniques de procréation médicalement assistée (Zimmerman 1993 : 37). Ainsi, dès le milieu des années 1990, on assiste à un renouveau dans les approches de la parenté et à l'apparition de nouvelles directions théoriques, particulièrement aux États-Unis et en Grande-Bretagne (Carsten 2000-a; 2004; Finkler 2000; 2001; Franklin 2003; Franklin et McKinnon 2001; Holy 1996; Parkin 1997; Stone 2001; Strathern 1992-a; 2005; Weber 2002, 2005 ; Weston 1991 ; Porqueres i Gené 2009). L'objet "parenté" devient la cible de nouvelles interrogations qui participent à sa revitalisation et à son repositionnement global : *« l'objet classique des études en parenté tend à glisser vers le passé, tandis que son objet présent se déplace vers les transformations subies »* (Collard 2000 : 636), c'est-à-dire que l'approche aujourd'hui privilégiée par l'anthropologie de la parenté tente de tenir compte simultanément de la biologie, de la reproduction, de l'individualité, du genre et des changements idéologiques et historiques qui leur sont liés. Peletz (1995) note aussi une tendance chez les anthropologues, au cours de ces mêmes années, à se tourner vers leurs propres sociétés pour consolider des arguments comparatifs et théoriques relevant du champ reconstitué de la parenté (1995 : 362). Une tendance qui s'explique aussi en partie par les transformations profondes que connaissent la famille, la parenté et le mariage en contexte occidental et qui posent de nouveaux défis à l'anthropologie (Stone 2004 : 331). Dans l'ensemble des nouvelles directions proposées, le débat entre biologie et culture, si central à la discipline, persiste mais se complexifie : *« pour être signifiant comme concept, la parenté doit être comprise comme une*

*notion spécifiquement culturelle de relation dérivant du partage de substances corporelles ou/et spirituelle et de sa transmission* »<sup>6</sup> (Holy 1996 : 171).

Dans le but d’instaurer une ouverture au fait de l’apparentement et ainsi se distancier de définitions pré-établies qui supposent que les relations généalogiques et biologiques sont nécessairement les plus importantes dans la définition de la parenté, Carsten, par exemple, préfère utiliser le terme de “relatedness” en opposition à celui de parenté (Carsten 2000-a). Selon l’auteur, la notion de “relatedness” permet de comprendre différemment comment l’apparentement est formé de multiples composantes (procréation, substance, nourriture, cohabitation, émotion) dont les combinaisons laissent poindre la possibilité de nouvelles significations au fait d’être apparenté<sup>7</sup>. Dans l’exemple des Inupiat d’Alaska rapporté par Bodenhorn (2000), l’apparentement est central dans la vie sociale du groupe, mais ne repose pas de manière immuable sur le lien biologique; les liens créés avec les parents par le fait de la naissance ne sont pas déterminants en eux-mêmes et la valeur de l’apparentement se trouve surtout liée au fait d’ajouter les relations au cours de sa vie. On se trouve ainsi devant un type d’apparentement qui est constamment en construction et dans lequel la naissance ou la procréation ne peuvent à eux seuls déboucher sur un ordre naturel donné.

Ainsi, plusieurs auteurs contemporains en parenté cherchent à démontrer que l’apparentement ne peut être restreint à des facteurs biologiques et que l’inclusion d’une personne à un groupe d’appartenance nommé “parent” ou “famille” est tributaire d’une diversité de facteurs comme la résidence, l’accès à la terre, la participation, la proximité géographique ou émotive (Edwards et Strathern 2000 : 157). Par exemple, chez les Hua de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, la reproduction est le résultat du mélange entre semence et sang menstruel et n’est pas perçue comme un acte physique concret aboutissant à la naissance. La représentation de l’apparentement est axée sur l’échange et le mélange des substances : un groupe de parenté est un groupe qui partage la même substance (*nu*), laquelle réfère à l’engendrement, mais aussi à la

---

<sup>6</sup> L’auteur ajoute: « *Ainsi, dans les sociétés occidentales et dans d’autres, cela pourra être considéré comme le processus de reproduction sexuelle; pour d’autres cultures, cela pourra être perçu comme résultant du partage de nourriture, du logis, de la terre ou autre* » (Holy 1996 : 171).

<sup>7</sup> Cette même auteur, dans un article précédent (Carsten 1995) montre comment l’apparentement chez les Malais est issu autant des liens de procréation que des gestes quotidiens liés au partage de la nourriture et au fait de vivre dans la même maison. Plus globalement, ces différents liens s’inscrivent dans la logique du partage des substances.

cohabitation et au partage de nourriture (Holy 1996 : 161). En ce sens, la parenté n'est pas seulement appartenance reconnue ou revendiquée, elle est aussi relation, réseaux, segments discontinus et liens électifs, d'où l'importance de considérer, au-delà du lien biologique et du lien juridique, la parenté quotidienne, soit celle « *qui désigne les liens créés par le partage de la vie quotidienne et de l'économie domestique dans leurs dimensions matérielle et affective* » (Weber 2005 : 21).

Ancrées dans une vision de la parenté qui cherche à dépasser la dualité biologique / social, certaines approches ne renoncent pas à l'utilisation du concept de biologie (considérant l'importance de celui-ci dans la définition de la parenté en Occident), mais l'utilisent essentiellement dans le but de questionner les frontières perméables et les limites floues que les relations entre le biologique et le social supposent : « *il apparaît de plus en plus clair que non seulement ce que nous désignons sous le terme de biologie est plus riche et plus diversifié que ce que l'on croyait, mais aussi que ce qui compte comme codes de parenté s'est transformé historiquement de manière significative* » (Franklin et McKinnon 2001 : 11). L'intérêt des auteurs est alors moins de distinguer ce qui peut être qualifié de "biologique" ou de "social" que de s'attarder au pouvoir imaginaire de leur intersection et de leur mise en application quotidienne (Edwards et Strathern 2000). Dans l'imaginaire européen (et américain) de la parenté, « *le "naturel" et le "social", le "donné" et l'"acquis" ont besoin l'un de l'autre pour fonctionner. L'un sert de faire-valoir à l'autre, mais ce que chaque domaine comprend est imprévisible* » (Edwards 2009 : 307).

Dans *After Nature: English Kinship in the Late Twentieth Century* (1992-a), Marilyn Strathern analyse les représentations liées à la parenté dans la société britannique. Elle soutient que la parenté met en lien "relations naturalisées" et "formes culturelles" et qu'elle se déploie dans ces deux directions, c'est-à-dire entre le naturel et le culturel, entre l'inné et l'acquis. Selon Strathern, les trois points d'articulation sur lesquels reposent l'idée de parenté dans les sociétés modernes sont l'individualité, la variation et le fait que l'engendrement est le résultat égal de deux individus (Akesson 2001). Ainsi, la base symbolique de la parenté euro-américaine demeure ancrée dans le domaine des faits naturels (dans une conception biogénétique) et la pierre



angulaire de la parenté repose sur le processus procréatif<sup>8</sup> : dans les sociétés occidentales, c'est d'abord l'acte de procréation qui établit les liens d'apparentement et qui créent de la parenté (Strathern 1995). Chaque être humain qui naît reçoit un héritage biologique qui lui vient autant de son père que de sa mère, même si le mélange génétique qu'il incarne est complètement nouveau et unique. En ce sens, « *les gènes font de chaque individu quelqu'un d'unique tout en le liant à plusieurs proches* » (Strathern 2005). Selon elle, la nature, en tant que modèle dominant des sociétés euro-américaines, influe sur la manière dont une personne comprend les significations et les productions de la parenté : « *Les idées au sujet de la parenté offrent une théorie sur la relation de la société humaine au monde naturel. Ces relations incorporent aussi d'autres idées sur le passage du temps, sur les relations entre les générations et sur le futur* » (Strathern 1992-b : 5). Cette prédominance du "naturel" illustre aussi comment la parenté dans les sociétés euro-américaines est étroitement liée aux caractéristiques culturelles spécifiques de la biologie et de la reproduction. L'auteure reconnaît d'emblée que la parenté implique des éléments reproductifs, mais ce qui retient son attention, c'est surtout comment les idées qui circulent au sujet de la reproduction contiennent un savoir populaire sur les relations entre la nature et la culture et comment ces mêmes relations se trouvent articulées avec les grands thèmes de la modernité (Strathern 1992-a). Strathern soutient également que la parenté met en scène différentes idées (des idées sur la nature, sur la société, sur l'individu) et qu'il revient à l'anthropologue de découvrir et d'analyser "ces idées qui contiennent d'autres idées", lesquelles ne sont pas toujours explicitement exprimées et clairement évoquées par les acteurs : « *Les associations naturelles signifient que les idées sont toujours énoncées dans un environnement qui impliquent d'autres idées, dans des contextes déjà occupés par d'autres pensées, d'autres images* » (1992-b : 6).

### **2.1.3 La génétique : version moderne de l'apparentement biologique?**

Depuis maintenant quelques années, les études sur la parenté portent une attention particulière aux enjeux que posent la présence grandissante de la génétique et le développement biomédical dans la définition et les représentations des liens d'apparentement. Franklin (2003) soutient que la

---

<sup>8</sup> Par exemple, l'auteur souligne que l'expression "la chair de ma chair" en parlant des liens de parenté, n'est qu'un symbole, mais un symbole considéré "vrai" aux yeux de la plupart des Euro-Américains, d'où sa pertinence sociale et analytique (Strathern 1995 : 349)

distinction entre faits sociaux et faits biologiques doit être revue pour pouvoir rendre compte des types de connexions et de relations produites dans le contexte des nouvelles génétiques<sup>9</sup>, l'idée étant de mettre à jour les transformations induites par le dépistage des maladies génétiques, par différentes techniques utilisées en procréation médicalement assistée, par les tests d'ADN et, plus globalement, par l'idée du partage d'une génétique commune entre apparentés.

La prégnance de la génétique et la puissance de l'industrie biomédicale contribuent à la redéfinition des liens de parenté dans les sociétés occidentales. Selon Strathern (1995), les Euro-Américains ont appris que les gènes assument une fonction essentielle dans la création de nouvelles personnes: Il y a toujours eu, dans les croyances traditionnelles sur la parenté, l'idée d'une gradation, c'est-à-dire une supposition selon laquelle un individu reproduit en partie ses propres caractéristiques et, selon Strathern, « *ce savoir primitif sur l'héritage des caractéristiques s'est déplacé vers un savoir sur l'organisation génétique* » (Strathern 1995 : 356). Ainsi, en termes personnels et sociaux, la connaissance des parents génétiques devient considérablement importante pour les individus. Les explications biomédicales renforcent les présupposés selon lesquels la famille et la parenté sont ancrées dans des liens génétiques, lesquels posséderaient une permanence qui transcende le temps. Par exemple, C. Legrand (2009) s'est intéressée à l'exercice de la généalogie en contexte irlandais; elle montre comment les sources archivistiques, traditionnel support du savoir généalogique, sont aujourd'hui utilisées en parallèle avec les tests d'ADN. L'auteur met en lumière le partenariat qui s'est établi entre les généticiens et les quêteurs de parents et regroupe les activités qui en découlent sous le vocable "généalogie génétique" (Legrand 2009).

Pour illustrer ce processus, Finkler parle de "médicalisation de la famille et de la parenté" (2000; 2001) : « *la biomédecine, comme institution de la vie moderne investit le champ de la parenté et ramène celle-ci aux voies traditionnelles basées sur les liens de sang, une tendance qui s'avère contraire aux changements contemporains* », lesquels font davantage la promotion des liens librement choisis et de l'idéologie du choix (Finkler 2001 : 238). Cette tendance à la médicalisation de la famille et de la parenté va de pair avec l'idée, de plus en plus acceptée dans

---

<sup>9</sup> Évidemment, le champ de la génétique couvre plusieurs sphères de la recherche et ne se résume pas au cadre médical ou à celui de la santé humaine : la génétique concerne également les domaines de la biologie animale, de l'agronomie et de l'environnement.

les sociétés occidentales, selon laquelle un individu est intrinsèquement le résultat de ses gènes et de son ADN, eux-mêmes transmis par ses propres parents : « *Les liens génétiques semblent aujourd'hui tenir une valeur symbolique similaire à celle du lien de sang. Les gènes semblent donc jouer un rôle de plus en plus important dans la conceptualisation de "qui est connecté à soi-même"* » (Lebner 2000 : 373). L'idée de proximité entre gènes, identité et famille a certainement été facilitée par l'autorité déjà établie de la science dans la conceptualisation de la parenté en Occident. Sur le surinvestissement de la science, Irène Théry mentionne à juste titre que « *l'invocation de la vérité et de la science [pour la désignation du parent] doit être analysée comme l'expression d'un désarroi culturel, une recherche éperdue de certitude dans un contexte où notre système de parenté a cessé d'aller de soi* » (Théry 2002-b : 214).

Comme la génétique est de plus en plus soulevée pour expliquer les tempéraments, les maladies et les comportements humains en général (Ettorre 2005 ; Nelkin et Lindee 1995 <sup>10</sup>), il semble donc approprié de se demander comment de telles explications influencent la compréhension que les gens se font de la parenté et de la famille. Alors que l'extension de l'information liée à la génétique peut être envisagée comme la preuve que la parenté tend vers la "génétisation"<sup>11</sup>, l'analyse de la signification réelle de la génétique aux yeux des acteurs impliqués nous replonge dans le vieux dilemme de la définition de la parenté. Par contre, Edwards (2009) invite à la prudence : selon l'auteur, le "sang" ne coïncide pas toujours complètement avec les "gènes". C'est le cas par exemple lorsqu'un enfant naît d'une mère porteuse; même s'il n'est pas relié génétiquement à cette femme (lorsque les ovules proviennent de sa mère d'intention), il peut tout de même être considéré comme connecté avec celle-ci par le sang: « *L'idée de sang partagé comme élément constituant le lien parental est une notion européenne douée d'une grande puissance mais, bien qu'elle soit souvent considérée comme une expression biologique par excellence, on ne peut la réduire spécifiquement à la biogénétique, ni plus généralement à la biologie* » (Edwards 2009 : 321).

---

<sup>10</sup> Ces auteurs se sont plus particulièrement intéressés aux métaphores génétiques et aux différentes représentations qu'elles mettent de l'avant, soit la caractérisation des gènes comme essence de l'identité; la promesse que la recherche sur la génétique améliorera la prédiction des comportements humains et de la santé humaine; l'idée que les gènes peuvent être situés dans l'espace et qu'ils peuvent être capturés par le regard, mesurés et cartographiés; idée que les gènes sont fondamentaux dans l'explication des comportements sociaux des humains.

<sup>11</sup> Le terme de génétisation a été avancé par Abby Lippman (1993); il désigne une partie du processus plus large qu'est la médicalisation et concerne tout autant les implications biomédicales que politiques dans la manière de lier les antécédents génétiques aux maladies et aux comportements.

S'intéressant à la signification des tests d'ADN (en tant que méthode de détermination des bases génétiques de la paternité et des liens de parenté), Freeman et Richards (2006) ont tenté d'évaluer l'impact de cette technologie sur le statut socio-légal et culturel attribué au biologique dans la définition de la paternité : « *Alors que les tests d'ADN promettent de dévoiler la "vérité" de nos origines biologiques et confirment ainsi l'importance de la biologie dans la détermination de la parenté, il est aussi grand temps de se demander jusqu'où les relations de parenté peuvent être réduites à une affaire de relation génétique et de partage de séquences génétiques* » (Freeman et Richards 2006 : 69). Certes, la génétique crée de nouvelles connexions et cause aussi certaines surprises puisque des gens se trouvent liés de manière inattendue (Strathern 2005), par exemple par le biais des maladies génétiques (Konrad 2003; Akesson 2001) ou par les tests de paternité<sup>12</sup> par ADN (Obadia 2000). Si la génétique ne laisse pas le choix de reconnaître la parenté constituée par l'ADN et par les connexions génétiques, les personnes concernées ont le choix de s'investir ou non dans ces relations (Strathern 2005 : 26). Les réponses fournies par les tests génétiques peuvent renforcer, défier ou laisser intactes les notions collectives et personnelles existantes d'identité et de famille : l'histoire familiale réfère davantage aux vies et aux actions de nos ancêtres qu'à la transmission de séquences génétiques (Nash 2004; Strathern 2005; Freeman et Richards 2006). Gavarini (2002-a) le mentionne avec justesse : « le gène n'est ni vrai ni faux ». Il parle le langage génétique et non pas un langage humain. Par conséquent, s'appuyer sur les gènes et sur son corollaire, l'ADN, pour fonder une preuve de filiation (comme dans le cas des tests de paternité) demeure une entreprise risquée. Ainsi, ce qui importe, c'est d'abord de savoir quelle utilisation les gens font de ces informations sur la génétique et sur les nouvelles connexions ainsi créées (Carsten 2007).<sup>13</sup> Dans une étude menée auprès de couples ayant suivi les

---

<sup>12</sup> Au cours des dix dernières années, les progrès scientifiques en matière de tests de paternité se sont avérés révolutionnaires grâce à la mise au point de tests d'identification par empreinte génétique (tests d'ADN) qui permettent désormais de confirmer avec une certitude quasi absolue la filiation biologique. Pour éviter que le recours aux tests génétiques ne puisse servir à remettre continuellement en question la filiation des enfants, la législation québécoise donne préséance à la réalité socio-affective plutôt qu'à la réalité biologique : « *lorsque l'enfant aura été élevé et traité par le mari comme le sien et que l'acte de naissance attestera cette réalité socio-affective, celle-ci prévaudra [...] Elle triomphera sur la vérité biologique et permettra d'éviter une utilisation automatique des tests d'ADN en matière de filiation, et ce, dans le meilleur intérêt de l'enfant* » (Obadia 2000 : 495-496).

<sup>13</sup> Dans cet article, Carsten questionne les effets de ces nouveaux types d'informations sur les liens familiaux. L'auteur explore les conséquences liées au fait d'acquérir de nouvelles informations sur sa parenté et s'attarde principalement à l'utilisation que les gens font de ces nouvelles informations (Carsten 2007).

procédures de fécondation in vitro avec donneuse d'ovule dans des cliniques de fertilité de Londres et auprès de personnes présentant des prédispositions génétiques à la maladie d'Huntington, Konrad (2003) se demande comment les individus composent avec les implications que peut avoir sur la parenté la connaissance anticipée d'informations génétiques. Considérant le développement accéléré des nouvelles génétiques ainsi que leur impact sur les reconstructions généalogiques et sur les cultures d'apparentement en général, l'auteur propose aux anthropologues de s'intéresser à la signification de la généalogie dans l'espace de la biomédecine contemporaine.

Chose certaine, la question de la génétisation, considérée par plusieurs auteurs comme le retour d'anciens mouvements eugénistes, est particulièrement pertinente dans le présent contexte d'étude, non seulement parce qu'elle intervient dans les choix relatifs à la PMA et à la reproduction en général, mais aussi parce que l'existence possible d'un biais contre les familles qui ne partagent pas de liens biologiques (biais basé cette fois sur le non partage du matériel génétique), concernerait directement les familles adoptives.

## 2.2 La famille en Occident

Traditionnellement, l'anthropologie, davantage intéressée par les systèmes de parenté, les questions de filiation, d'alliances et de résidence, s'est très peu préoccupée d'investir le champ de la famille, et encore moins celui de la famille occidentale contemporaine, la sociologie s'occupant de prendre la place laissée vacante. Une situation somme toute assez paradoxale, selon Eideliman (2007), considérant la reconnaissance accordée à l'anthropologie tout au long de la première moitié du 20<sup>ème</sup> siècle dans l'analyse des divers systèmes de parenté à travers le monde (2007 : 66). Même si elle demeure difficile à définir, la famille repose essentiellement sur des liens de filiation et d'alliance et en ce sens elle peut être entrevue comme « *la mise en acte de la parenté* » (Cadoret 2006 : 49). Selon cette auteur, « *parler de parenté conduit à parler de la famille et des formes qu'elle prend et à s'interroger sur les liens de filiation et d'alliance choisis pour 'faire famille'* » (2006 : 49).

L'analyse sociologique de la famille occidentale et de ses transformations a pris diverses formes et les lectures qui en ont été faites au cours des dernières décennies sont très variables ; comme le mentionne Gavarini (2005), si certains parlent de « crise de la famille » et déplorent la montée de l'individualisme familial et la soi-disant disparition de la famille traditionnelle, d'autres à l'inverse se font les « défenseurs d'une parentalité indifférenciée » et s'enthousiasment devant les nouvelles formes familiales, considérées comme « affranchies des obligations instituées par la famille classique ». Il semble également que les questions relatives à l'évolution des formes familiales revêtent une signification sociale particulière qui elle-même suscite un débat hautement émotif : « *La famille préoccupe et interroge parce qu'elle renvoie à l'expérience de chacun et qu'il est tentant de voir dans cette société en miniature, la condensation de problèmes plus vastes ayant trait à l'organisation sociale dans son ensemble. La famille est, plus encore que toute autre réalité sociale, le miroir des anxiétés collectives* » (Déchaux 1997 : 2).

Aussi, semble-t-il plus sage d'entrevoir les changements et les transformations de la famille dans une perspective qui puisse faire état des changements, mais aussi des continuités : « *Plusieurs études de cas montrent clairement que le changement est rarement unitaire dans ses effets et qu'il implique presque invariablement davantage des échanges que des pertes ou des gains; la 'bonne' dynamique, dans plusieurs transformations, est souvent inséparable de la 'mauvaise'* »

*et leur effet combiné peut rarement être interprété de manière tranchée, soit comme un pas en avant ou un recul* » (Coontz 2000 : 291). Par conséquent, trop insister sur l'aspect chaotique ou incertain de l'institution familiale (Cooper 1972, Flavigny 2009, Rodinesco 2002, Roussel 1989, Sullerot 2000) et en tenir pour responsables les grandes tendances induites par l'individualisme moderne laisse dans l'ombre le caractère flexible et changeant de la famille occidentale contemporaine<sup>14</sup>. De plus, cette position fait violence à tout un pan de l'histoire de l'évolution des valeurs démocratiques qui, à bien des égards, ont largement servi les intérêts des uns et des autres: « *C'est dans un cadre global d'égalité que la parenté a évolué et va continuer de le faire. On parle volontiers d'individualisme comme d'une source d'irrespect des valeurs du passé et de refus de toute solidarité, mais on oublie que notre société sollicite en permanence les individus pour faire des choix autonomes et au service de leurs propres intérêts* » (Godelier 2004 : 569). Dans cette présente section, nous tenterons de découvrir en quoi notre système familial et les transformations qu'il a vu naître au cours des dernières décennies s'inscrivent dans un contexte historique et culturel précis marqué par des principes et des valeurs phares : la famille n'est pas une institution isolée du reste des transformations sociales et « *les mutations de la famille doivent nécessairement être mises en regard des mutations de la sphère publique* » (Le Gall et Martin 1996 : 27). L'anthropologie permet justement de prendre un certain recul et de relativiser le système familial occidental actuel pour mieux en comprendre les nouvelles directions, mais aussi les continuités.

### **2.2.1 Liens familiaux, liens filiatifs**

Principe de reconnaissance des liens qui unissent les individus issus les uns des autres (Tahon 1995)<sup>15</sup>; lien juridique qui unit l'enfant à son père et à sa mère et qui l'introduit dans un espace

---

<sup>14</sup> Ingoldsby (1995), tente de retracer l'évolution de la famille du temps des anciens Hébreux jusqu'aux évolutions européennes et coloniales : il mentionne que dans toutes les périodes historiques, les guerres ont poussé les femmes dans les sphères d'économie et conduit à plus d'égalité dans le mariage, donc à de meilleurs droits pour celles-ci. Au cours du 20<sup>ième</sup> siècle, les deux guerres mondiales auraient particulièrement contribué à l'avancement des droits des femmes.

<sup>15</sup> L'auteur souligne qu'à bien des égards, les règles de filiation que les humains se donnent sont là pour gommer l'incertitude masculine. En ce sens, ces règles réfèrent directement à la capacité humaine de produire des rapports symboliques. Comme la gestation impose la certitude du lien biologique de l'enfant avec sa mère et, inversement, l'incertitude du lien biologique de l'enfant avec son père, la primauté presque universelle du principe masculin dans la filiation « *illustre d'une certaine façon les montages, les artifices auxquels les humains recourent pour faire prévaloir le social sur le biologique* » (Tahon 1995 : 27).

généalogique culturellement construit (Joyal 2006); lien nécessaire et de droit dont dépend la reconnaissance de la place de l'enfant dans la famille et dans la société (Héritier 1985 : 6); mélange de réalité, de fiction et de volonté (Delaisi de Parseval et Verdier 1994) ou encore acte de reconnaissance qui exprime le passage de la reproduction physique à la reproduction sociale (Cadoret 2001-b), la filiation est généralement définie à partir de l'articulation d'éléments biologiques, juridiques, sociaux et affectifs et a pour objectif, selon Verdier (2001), non pas tant d'établir la vérité biologique que d'organiser la reproduction sociale et d'établir des règles de transmission (2001 : 125). En ce sens, la filiation a une fonction symbolique de transmission qui va bien au-delà de l'engendrement : « *la filiation ne se confond pas avec l'engendrement et distingue toujours entre géniteur et père et qui plus est entre génitrice et mère : il n'y a, en matière de filiation et de parent, d'usage que social* » (Héritier Augé 1989). La filiation pose aussi la question du lien entre le passé et le présent dans le champ de la parenté. Elle inscrit l'individu dans le temps long et dans une lignée composée de morts et de vivants. Elle est, selon Segalen (2008), « la clef du lien entre morts et vivants » : « *Chaque société a tenu à régler ce lien qui dit de qui tout un chacun est fils ou fille, et quels sont les droits et devoirs associés à cette position généalogique* » (2008 : 140).

Dans nos sociétés, le système de filiation est bilatéral (ou cognatique)<sup>16</sup> et fondé sur le modèle généalogique, c'est-à-dire qu'il s'appuie sur un principe d'exclusivité, selon lequel « *chaque individu n'est mis en position de fils ou de fille que par rapport à un seul homme et à une seule femme* » (Ouellette 1998 : 157). Ce même modèle généalogique, parce qu'il est étroitement calqué sur la reproduction biologique sexuée, crée une tendance à la naturalisation de la parenté et de la filiation. Mais de plus en plus, le modèle filiatif de nos sociétés occidentales cherche à répondre aux demandes prenant appui sur le droit à l'égalité des personnes et sur la reconnaissance des droits individuels (Lavallée 2005-b : 214-215). Le réaménagement, voire l'ébranlement, des facteurs inhérents de la filiation crée une situation qui rend difficile l'établissement d'un « *consensus social sur un système cohérent de filiation parmi l'ensemble des*

---

<sup>16</sup> À l'exception du nom qui est transmis en filiation patrilinéaire, nous sommes en régime de filiation indifférenciée (aussi appelée cognatique ou bilinéaire), puisque tous les descendants d'un individu font partie de son groupe de parenté, sans différenciation fondée sur le sexe (Segalen 2002 : 64). Concernant la transmission du nom de famille en contexte québécois, le Code civil, et ce depuis 1980, permet aux parents, mariés ou non, de donner à leurs enfants, le nom du père, celui de la mère ou un nom composé.



*possibles* » (Collard 2005-c : 143). Les sociétés occidentales assistent actuellement à la multiplication des cas où les composantes de la filiation se délient les unes des autres alors qu'elles ont toujours paru indissociables : c'est ce que Théry a nommé "*le démariage*" (Théry 1993, 1996, 2007). En Occident, la filiation se transforme et évolue selon les contextes historiques: elle navigue entre les composantes biologiques, affectives et parentales. Par exemple, la paternité biologique, considérée historiquement comme plus incertaine que celle de la mère, gagne en certitude<sup>17</sup> alors que la définition de la maternité se complexifie sous l'impact des nouvelles technologies reproductives.

Les nouvelles formes familiales des sociétés euro-américaines nous obligent à réfléchir aux fondements de notre parenté et à nous questionner sur les liens entre conjugalité, reproduction et filiation. Dans une étude portant sur le souvenir des morts dans les familles françaises et sur l'importance que les individus accordent à leurs parents défunts, Déchaux (1997) reconnaît les transformations des relations familiales sous l'impulsion de l'individualisme, mais insiste sur le caractère continue de la filiation. Selon lui, le lien de filiation, contrairement à ce que laisse entendre la thèse de l'individualisme familial et en dépit des changements qui le touchent, n'est pas irréductible à la temporalité individuelle. Le lien de filiation continue d'être un vecteur de la transmission, tout comme il continue d'être porteur d'un symbolisme qui lui appartient et qui répond aux interrogations fondamentales sur l'identité et la mort (et ce, même si "*ce symbolisme relève aujourd'hui davantage de la conscience personnelle que d'un ethos familial personnel et partagé*") (Déchaux 1997).

### **2.2.2 De la "famille patrimoine" à la "famille relationnelle"<sup>18</sup> :**

Pour être en mesure d'expliquer la famille contemporaine des sociétés occidentales, les analyses anthropologiques doivent dépasser toute définition trop restreinte de celle-ci. La famille doit donc être abordée sous sa définition la plus large puisque, comme le mentionne Weber (2005), le terme renvoie spontanément « *à une norme familiale singulière, la famille nucléaire, et gêne de ce fait*

---

<sup>17</sup> De nos jours, un juge peut, par le biais des tests d'ADN, obliger un homme à reconnaître qu'il est le père de l'enfant tout comme un homme qui doute de sa paternité peut décider de son plein gré d'avoir recours à ces mêmes tests pour déterminer s'il est bel et bien le père biologique de l'enfant.

<sup>18</sup> Expression empruntée à Le Gall et Martin (1996: 17)

*l'analyse des pratiques, des normes et des sentiments dans leur complexité* » (2005 : 20). La famille, comme unité sociale, « *est inscrite à la fois dans l'objectivité des structures sociales et dans la subjectivité des structures mentales objectivement orchestrées; elle se présente à l'expérience avec l'opacité et la résistance des choses, bien qu'elle soit le produit de construction* » (Bourdieu 1996 : 138). Ainsi, selon Bourdieu, si l'on admet que la famille n'est qu'un mot, qu'une construction verbale, il s'agit d'analyser les représentations que les gens ont de ce qu'ils désignent par "famille" (1996 : 136).

La notion même de famille n'est donc pas une notion statique ou une entité objective; elle est davantage une « *pratique discursive organisée* » et « *un mode d'action au lieu d'un état d'être* » (Parry 2005 : 288). La famille moderne, entité mouvante et changeante, doit être située sur un continuum historique et idéologique : « *les attitudes et les comportements se superposent et s'articulent dans le temps et il n'y a jamais de brusque changement révolutionnaire* » (Goody 2001 : 219). À ce sujet, l'auteur nous rappelle, par exemple, qu'au cours des deux derniers siècles, les unions libres existaient et qu'à cet égard, le concubinage et les familles recomposées ne sont pas un trait spécifique de notre modernité; l'espérance de vie étant beaucoup plus courte, les remariages étaient jadis très fréquents (Goody 2001). Coontz (2000) et Weiss (2000) qui ont abordé sous un angle historique les études sur la famille mentionnent que les comparaisons entre les "nouvelles familles" et la famille nucléaire des années 1950 ("la" famille d'après-guerre) sont particulièrement trompeuses puisque ce dernier type de famille constitue une étape unique dans le cycle familial des générations, d'où l'importance de tenir compte du contexte dans lequel s'inscrivent les continuités, les transformations et les ruptures qui touchent la famille contemporaine. Dans une analyse portant sur la fragmentation de l'idéologie de la famille, Dolgin (2000) s'intéresse aux trois types de familles qui se sont développés dans l'histoire occidentale récente et qui co-existent dans le vaste portrait de la famille contemporaine: la famille traditionnelle (comprise comme un petit univers de rôles fixes et hiérarchiquement structurés), la famille moderne (une famille élective dans laquelle domine le choix et la valeur de l'individu), et la famille génétique (nouveau type de famille qui se définit par le biais de tests et de diagnostics développés à partir des nouvelles génétiques et qui implique une compréhension biologique de la

personne et de la famille)<sup>19</sup>. L'auteur rappelle que les frontières de ces types de familles sont poreuses et que la famille contemporaine est le résultat d'influences diverses.

Dans la parenté traditionnelle, la famille, comme entité indivisible, est entrevue sous l'angle de la continuité et l'individu est d'abord considéré comme un représentant de sa lignée : « *dans le cadre d'une telle allégeance politique à la famille, les individus sont moins importants que le nom de famille [...] Il n'y a donc pas à se surprendre que l'individu se considère subjectivement comme un "moment" de la continuité familiale* » (Dagenais 2000 : 49-50). Ainsi, selon Dagenais (2000; 2005), les changements qui touchent la famille sont entièrement rapportables à l'apparition d'un rapport subjectif au monde, donc à l'individualité : « *À une parenté objective, la modernité a substitué une parenté subjective, essentiellement relative. Elle change selon la personne à partir de laquelle on la lit. Les modernes lisent l'arbre généalogique à partir d'Ego, et les anciens à partir de l'ancêtre* » (Dagenais 2000 : 55). Ainsi, le passage de la famille traditionnelle à la famille moderne, concernerait principalement le passage entre deux modes d'être au sein de la famille et de la parenté : « *Théoriquement doivent être distinguées la famille "traditionnelle" ou "holiste" au sein de laquelle les individus sont au service du groupe, et la famille "moderne", "individualiste" au sein de laquelle la famille est au service de chacun des membres* » (Singly 2007 : 28). Alors que traditionnellement, la famille servait à inscrire généalogiquement le nouveau-né dans une lignée et à lui transmettre un certain patrimoine économique et moral, la famille contemporaine, selon Singly (1996, 2007), privilégie le développement d'une identité individualisée et a pour objectif principal d'aider chacun à se construire en tant que personne. C'est parallèlement à cette montée de la parenté subjective que le rôle de la famille s'est lui aussi modifié au fil des décennies : « *La famille contemporaine existe moins en fonction de critères formels qu'en référence à une double exigence : la création d'un cadre de vie où chacun peut se développer tout en participant à une œuvre commune* » (Singly 2007 : 8).

---

<sup>19</sup> Selon l'auteur (Dolgin 2000), le droit familial reflète la fragmentation de l'idéologie familiale; les délimitations légales de la paternité et de la maternité vont, selon les cas, ignorer ou éluder les compréhensions contemporaines des faits biologiques de la parenté. Selon ce même auteur, les législations estiment que les familles peuvent être ancrées tantôt dans la biologie, tantôt dans les intentions et l'amour, ou dans toutes ces composantes en même temps.

Par le fait même, la famille, en tant qu'unité sociale minimale et lieu d'épanouissement et de développement de soi, se trouve à chevaucher les sphères individuelle et sociétale et à se distancier de liens formels et "obligés" strictement basés sur l'apparentement biologique ou sur les liens du mariage. Les individus cherchent à s'affranchir des rôles prescrits et des statuts établis par le modèle traditionnel de la famille; « *ils privilégient les liens affinitaires et égalitaires qui sont négociés et ils valorisent leur expérience personnelle* » (Murat 2008 : 29). La famille devient alors une « *unité subjective de connexions intimes* » (Hargreaves 2006 : 263), un « *lieu où la valorisation de l'individu cherche à se coordonner avec la production d'un intérêt collectif* » (Singly 1996 : 215). Par contre, le processus d'individualisation qui fait naître la famille "relationnelle" ne fait pas automatiquement disparaître la dimension sociale de la famille. À ce titre, Bourdieu souligne la persistance du caractère collectif de la famille, cette dernière étant considérée par l'auteur comme « *le lieu d'une sorte de volonté transcendante qui se manifeste dans des décisions collectives et où ses membres se sentent tenus d'agir en tant que parties d'un corps uni* » (Bourdieu 1996 : 142).

Au-delà de la promotion de l'individu et de l'individualité, les mutations familiales observées dans les sociétés occidentales modernes peuvent aussi être expliquées sous l'angle de la transformation du rapport au mariage<sup>20</sup>. Traditionnellement, le mariage constituait le pivot central de la construction sociale, juridique et symbolique de la filiation. C'est l'alliance matrimoniale qui désignait à l'avance le mari comme le père des enfants que l'épouse mettait au monde (*pater is quem nuptiae demonstrant* : le père est celui que les noces désignent) : « *les droits et les devoirs attachés à la filiation relevaient du mariage, lequel confondait le lien biologique et le lien social* » (Segalen 2002 : 64). Deux principes dominaient alors les perceptions occidentales de la parenté : d'abord le caractère incertain de la paternité (et le recours au mariage pour en déterminer les fondements) et ensuite, le caractère certain de la maternité (*Mater semper certa est*) et son inscription dans les faits biologiques de la reproduction. Dans un tel modèle familial, l'alliance, la filiation, la sexualité et la procréation se conjugaient en un seul ensemble; le mariage des père et mère permettait à l'enfant issu de ce couple de s'inscrire dans leurs lignées.

---

<sup>20</sup> Irène Théry (1993, 1998, 2007) est sans doute l'auteur qui s'est le plus longuement attardée à la question de la modification du rapport au mariage dans les sociétés contemporaines et de son impact sur les nouvelles formes familiales.

La maternité de la mère entraînait d'office la paternité de son époux et la filiation dans le mariage était indivisible (Cadoret 2006 : 50-51).

Selon Théry, « *on ne peut comprendre l'ébranlement contemporain de notre système de filiation sans le rapporter aux transformations majeures de l'alliance* » (2002-b : 215), c'est-à-dire au fait que le mariage n'est plus le cadre obligé pour la construction d'une famille, mais est plutôt devenu une question de conscience personnelle : « *l'union des sexes et la décision de lui donner un statut officiel, voire durable, sont devenues une affaire de plus en plus individuelle, privée, les sentiments ayant plus de poids que la pression sociale* » (Godelier 2004 : 565). Le lien de conjugalité est ainsi devenu plus égalitaire, mais aussi plus privé et plus contractuel : ce nouveau contrat suppose de penser la vie conjugale comme « un itinéraire partagé, une conversation continuée sous l'égide de la liberté » (Théry 1998).

Cet aspect contractuel des relations conjugales (lui-même issu de la valorisation des notions de démocratie et de liberté) met en évidence l'opposition de plus en plus visible du temps parental et du temps conjugal. Si le temps conjugal est devenu plus incertain, le temps parental, selon Théry (2002) est quant à lui rattaché à l'immuable et à l'inconditionnel. À ce titre, l'auteur ajoute: « *En se personnalisant et s'individualisant, le lien de filiation est devenu ce qu'il n'avait jamais été au temps où les statuts familiaux l'emportaient sur l'actualité de la relation interpersonnelle : l'idéal même du lien inconditionnel et indissoluble* » (Théry 1996 : 73). Le principe d'indissolubilité s'est déplacé de la conjugalité vers la filiation. Ce mouvement est à l'origine de plusieurs changements dans la famille contemporaine : « *Si d'un côté on peut souligner le continuum entre la sphère publique et la sphère privée et que l'on constate toujours plus de logique contractuelle, de logique élective, on constate d'un autre côté que ce continuum ne vaut que pour les adultes et ne concerne pas les enfants* » (Singly 2003 : 191).

Ainsi, les nouveaux modes de vie liés à la conjugalité (niveau élevé des ruptures, diminution du mariage et augmentation des unions de fait) ont fait en sorte de rendre la relation parent-enfant indépendante de la relation de couple, ce qui explique que ce soit maintenant davantage l'arrivée de l'enfant (et non le mariage) qui constitue le point de départ de la famille. L'enfant devient ainsi l'objet d'un investissement affectif et éducatif sans précédent et il est d'autant plus reconnu

comme une personne à part entière<sup>21</sup> qu'il est considéré comme l'incarnation de la relation de ses parents et comme l'extension de soi-même. En se personnalisant<sup>22</sup> et en "s'affectivant", le lien de filiation, contrairement au lien conjugal<sup>23</sup>, s'affirme davantage comme un lien inconditionnel : la représentation de la famille contemporaine s'est donc organisée autour de la valeur de la "responsabilité partagée" des parents, laquelle ne disparaît pas en même temps que la rupture des liens conjugaux (Ronfani 2006). Ce nouveau contexte filiatif et conjugal s'inscrit dans l'univers social et symbolique de la parenté, mais en raison même du manque de repères collectifs, il tend à être relégué dans l'espace personnel et privé : « *Chacun est convaincu que la formation ou la rupture du couple et la constitution de sa descendance sont une affaire personnelle* » (Fine 2001 : 69). Ce sont ces mêmes processus d'individualisation du rapport au temps et de privatisation du lien familial qui font en sorte que les parents, dans les sociétés occidentales, se conçoivent moins comme le relais d'une chaîne que comme les inventeurs d'une progéniture qui leur appartient en propre<sup>24</sup> (Belleau 2004).

Toutes ces transformations progressives de la famille et de la parenté en Occident ont donné naissance à un nouveau type de famille que l'on pourrait appelé "la famille élective et autonome" : « *la famille est considérée bien plus comme la réalisation d'un projet personnel, comme un milieu protecteur de l'enfant ou comme une réunion de personnes en relation*

---

<sup>21</sup> En ce sens, la Convention internationale sur les Droits de l'enfant (CIED) en 1989 représente un bouleversement sans précédent dans la représentation de l'enfant auquel on reconnaît dorénavant des droits spécifiques. Cette convention, selon Renaut (2004), témoigne de la force de la dynamique démocratique, une dynamique « *dont les valeurs nous apparaissent comme sacrées et qui finit par englober, dans son déploiement irrésistible, un être humain, l'enfant, que nous nous sommes mis à nous représenter lui aussi comme un semblable* » (Renaut 2004 : 69).

<sup>22</sup> En qui concerne la personnalisation du lien à l'enfant, mentionnons à titre d'exemple qu'il arrivait dans les familles du Québec traditionnel de perdre des enfants en très bas âge et ensuite de nommer l'enfant suivant du même nom que celui décédé; une telle pratique aujourd'hui susciterait probablement des réactions de désapprobation en raison même du statut unique accordé à chaque nouveau-né.

<sup>23</sup> Fossier (2008) souligne d'ailleurs la valeur de plus en plus négligeable de la conjugalité (« le couple n'est plus l'élément fondateur de la famille ») et pense que la "déjudiciarisation" du divorce des époux sans enfant ne devrait pas tarder.

<sup>24</sup> À ce sujet, l'attribution du nom dans les sociétés occidentales illustre bien comment les processus d'individuation concernent aussi le rapport entretenu à l'égard de l'enfant et de sa nomination: « *Le rôle exclusif des parents dans la nomination de leur enfant est révélateur de la rupture du processus de transmission [...] Aujourd'hui le prénom ne désigne plus l'enfant comme une sorte de réincarnation d'un parent disparu ou à disparaître, ni le nom d'un saint qu'il convient de donner en exemple au petit enfant. Il désigne un individu, une personne à part entière dès sa naissance, objet du désir du couple* » (Fine et Ouellette 2005 : 31).

*d'intimité et d'interdépendance, que comme une forme instituée d'articulation de l'alliance et de la filiation* » (Ouellette 2000 : 61). Par contre, cette “nouvelle famille” s’inscrit tout de même en sillon de valeurs qui elles, ne sont pas si nouvelles. Ce sont plutôt les défis qu’elle pose qui comportent leurs lots d’imprévus et de nouveauté. La “fin de la famille” annoncée non sans provocation dans les années 1970 (Cooper 1972) n’a donc pas eu lieu, les sociétés euro-américaines assistant plutôt à un processus de transformation des relations familiales : un processus que certains auteurs (LeGall et Martin 1996, Théry 1998) ont nommé plus globalement “la mutation du lien familial” et qui s’inscrirait dans l’affirmation des valeurs démocratiques.

### **2.2.3 Électivité et parentalité; l’émergence de nouvelles considérations**

De plus en plus, les systèmes de parenté en Occident sont sollicités pour la reconnaissance de liens qui tendent davantage vers le principe électif que vers l’idéal généalogique : « *l’ouverture nouvelle des Occidentaux à l’égard des parentés électives et des parentés multiples est liée à une extension des valeurs de liberté individuelle et d’affectivité* » (Ouellette et Dandurand 2000: 16). Ainsi, apparaît un nouveau modèle de parenté axé sur l’idéologie du choix<sup>25</sup> et sur l’électivité, lesquelles font primer les échanges affectifs et l’épanouissement personnel<sup>26</sup>: « *Les “parentés électives” sont inventées par les individus comme autant d’opérations singulières permettant l’expression de soi. [...] Ce ne sont donc pas les liens électifs qui en eux-mêmes constituent la nouveauté dans les pratiques de la parenté, mais leur contenu et leur signification* » (Fine 1998 : 5-6). Ce qui peut vraiment être qualifié de “nouveau” dans les nouvelles formes de parenté, selon Carsten, ce sont surtout les façons très explicites par lesquelles les gens décident qui leur

---

<sup>25</sup> L’idéologie du choix n’est pas non plus sans limite ; ce qui semble être construit comme un libre choix doit aussi être lié à la notion de contrainte, laquelle agit comme contrepoint au choix : « *Aucune situation de la vie ne peut être considérée comme le produit du “choix” seul. Les nouvelles connexions qui se construisent sont toujours et invariablement modelées par les contraintes et les normes sociales, par les discours culturels sur la parenté et par nos expériences avec notre famille d’origine. Ainsi, le terme même de “choix” devient limité lorsque nous devons décrire comment les familles sont construites et vécues* » (George 2001: 21).

<sup>26</sup> Mentionnons, à titre d’exemple, les travaux bien connus de K. Weston (*Families We Choose : Lesbains, Gays, Kinship* - 1991) sur la parenté chez les gais et lesbiennes de San Francisco dans les années 1980. L’auteur remettait alors en question l’idée que la procréation est invariablement liée à la parenté et démontrait que le caractère permanent de la parenté n’est pas simplement inscrit dans les liens de sang, mais qu’il doit plutôt être continuellement produit dans le temps. Les “chosen families” décrites par Weston défient la sainteté du sang et du mariage comme les seuls déterminants des liens de parenté légitimes.

est apparenté et qui ne l'est pas<sup>27</sup>, quels types de parenté comptent et quels autres ne comptent pas ainsi que la multiplicité des facteurs et des caractéristiques évoqués pour justifier ces choix (2004 : 180).

Certaines des formes familiales actuelles<sup>28</sup> posent la question de la définition de "parent". Le terme de parent est issu du verbe latin "parere" et signifie procurer, produire, enfanter et mettre au monde tandis que les notions de "père" et de "mère" renvoient directement aux géniteurs de l'enfant, donc à ceux qui lui ont donné la vie (Neirinck 2001 : 16). La référence au "parental" et la mise en valeur des fonctions qui lui sont sous-jacentes renvoient aux frontières incertaines de la définition de "parent": qui doit-on nommer parent? Si l'on privilégie la dimension biologique, on ne reconnaît qu'un seul père et qu'une seule mère. Si l'on considère strictement la dimension affective et élective, on évacue l'acte de procréation comme élément fondateur de la filiation et devient alors parent celui qui exerce les fonctions quotidiennes de parent. On peut également privilégier une approche additive de la filiation et reconnaître l'existence de plusieurs parents en gardant une trace des différents liens filiatifs de l'enfant (pluriparentalité). En contexte de recherche, le terme de parentalité renvoie à la fonction parentale dans son ensemble et au caractère dynamique du "être parent". Dans un article intitulé « *Petit lexique contemporain de la parentalité. Réflexions sur les termes relatifs à la famille et leurs usages sociaux* », Boisson (2008) précise que le concept de parentalité « *décrit le parental comme une fonction sociale complexe qui permet de différencier le parental du conjugal* » (2008 : 8). La notion de parentalité est donc utilisée dans le contexte de l'homoparentalité, de la pluriparentalité et des familles

---

<sup>27</sup> Dans un article qui s'intéresse à l'analyse de la pratique de la généalogie, Sagnes (1998) dresse un parallèle somme toute assez surprenant entre l'engouement contemporain pour la généalogie et les nouvelles formes de parenté et met en évidence leur mission commune, soit celle de satisfaire les aspirations identitaires de ceux qui les inventent ou réinventent : « *Ni affaire de famille, ni acte de mémoire, la "fièvre" généalogique de nos contemporains, sous des dehors traditionalistes, participe de la révolution culturelle à l'œuvre. Centrée sur l'individu et non sur la famille, la parenté qu'elle met en représentation et en action est en effet dotée des mêmes ressorts, à savoir le choix et la créativité, que ceux qui animent les recompositions familiales* » (Sagnes 1998 : 307).

<sup>28</sup> Dans certaines sociétés, il est fréquent que des parents autres que les géniteurs s'occupent des enfants à court ou long terme, tout comme il peut être habituel de retrouver différents membres d'une famille élargie sous un même toit : « *Les multiples agencements de l'alliance, de la filiation et de la résidence que ces familles [familles d'Occident] mettent en scène ont, certes, déjà été observés sous de semblables formes en d'autres temps ou dans d'autres sociétés. Ils doivent cependant être interprétés en fonction du contexte socioculturel jusque là inédit dans lequel ils s'inscrivent* » (Ouellette et Dandurand 2000: 10)



d'accueil, mais aussi dans les familles nucléaires et biologiques (où les géniteurs sont aussi ceux qui vivent et s'occupent de l'enfant) pour désigner l'exercice parental dans son ensemble.

Abordée sous un angle socio-historique, « *l'émergence de la parentalité correspond à la remise en cause du modèle matrimonial de la famille dans les sociétés occidentales et l'affirmation des logiques d'affiliations dans les relations sociales* » (Neyrand 2007-a : 88). Les termes “parental” et “parentalité” sont donc relativement récents : selon Gavarini (2002-b), ces notions sont apparues depuis que la famille s'est réorganisée en sortant du double principe de différenciation sexuelle des fonctions et de division des rôles et du travail auquel la famille traditionnelle s'articulait (2002-b : 21). Ainsi, l'apparition et l'utilisation grandissante de la notion de parentalité, laquelle en est venue à désigner une multitude de réalités familiales, illustrent la tendance contemporaine à privilégier la parenté élective: « *On assiste donc à un renversement des modes d'établissement de la filiation dans le cadre duquel le rôle prépondérant de la volonté dans l'établissement des rapports familiaux repousse à l'arrière-plan les règles traditionnelles de la parenté* » (Philips-Nootens et Lavallée 2003 : 354). Selon (Cadoret 2006), la notion de “parentalité” exerce une pression sur celle de “parenté” dans la mesure où l'exercice des fonctions parentales conduit à la revendication d'un statut légal de père ou mère (2006 : 54).

Sur le plan pratique, la parentalité est souvent employée en référence aux beaux-parents : comme les dissolutions de couples mènent souvent à des recombinaisons, les enfants d'une même maisonnée ne sont pas nécessairement élevés et éduqués par leurs deux parents géniteurs<sup>29</sup>. La notion de parentalité est alors employée en référence à ces types de familles dans lesquelles un adulte, souvent un conjoint d'une union subséquente à celle ayant engendré l'enfant, assume la responsabilité quotidienne de celui-ci, mais ne détient pas d'autorité parentale légalement reconnue<sup>30</sup>. Ainsi, selon Segalen (2008), le concept de “parentalité” concerne l'organisation de

---

<sup>29</sup> Dans une étude portant sur les diverses constellations produites par les divorces et les arrangements post-divorce en Grande-Bretagne, B. Simpson (1994) qualifie de manière originale le passage des “nuclear families” aux “unclear families”. L'auteur, loin d'appréhender ces changements comme une érosion de l'institution de la famille, soutient plutôt que le divorce et les recombinaisons familiales réordonnent la parenté et débouchent sur des connexions nouvelles. En ce sens, il propose d'étudier le divorce comme une expression culturelle de la parenté et non comme un problème social en soi. (Simpson 1998).

<sup>30</sup> À titre d'exemple, Cadoret (2001-a) mentionne les difficultés à faire reconnaître la pluriparentalité dans le contexte bien précis des familles d'accueil; la famille d'accueil accomplit des fonctions parentales, mais doit tout de

l'exercice du lien de filiation dans l'après-divorce et interroge la capacité des parents à exercer leur "métier" (2008 : 142).

La parentalité pose également la question des parentés plurielles. À ce jour, la pluriparentalité (ou pluriparenté) n'a pas d'existence légale au Québec, c'est-à-dire qu'un enfant ne peut, selon l'État civil, avoir plus de deux parents. La conception individualiste et le caractère exclusif de notre modèle filiatif et généalogique arrivent difficilement à intégrer les revendications associées aux nouvelles forme de parentalité : comme le montrent plusieurs auteurs<sup>31</sup>, la reconnaissance légale de la pluriparentalité entre en tension avec les fondements de notre système de filiation. Le manque de reconnaissance des "beaux-parents" ou des parents de substitution viendrait essentiellement de notre « *difficulté à concevoir la présence de plus de deux parents pour un enfant en raison de nos représentations de la filiation basées sur le modèle biologique* » (Belleau 2004). Jusqu'à ce jour, les réponses apportées aux revendications de pluriparentalité ne s'éloignent guère du modèle d'exclusivité et vont davantage dans le sens de la substitution que de l'addition. Confronté à la multiplication de ces situations de pluriparentalité, le droit tarde à répondre et à donner une existence légale à la notion de parentalité ou de pluriparentalité, principalement en raison du fait que celles-ci assoient leurs revendications sur des facteurs peu significatifs jusqu'à tout récemment, comme la prise en charge matérielle de l'enfant ou les considérations affectives : « *la prise en charge matérielle (obligation d'entretien et obligation alimentaire) est une conséquence de la parenté et non pas sa cause. Quant aux considérations affectives, elles sont indifférentes à la parenté : les affects ne peuvent ni imposer ni justifier des droits ou des obligations* » (Neirinck 2001 : 25-26). Par contre, certaines situations vécues par les familles adoptives, les familles recomposées ou encore les familles recourant aux techniques d'assistance médicale à la procréation posent la nécessité de réfléchir à la possibilité de reconnaître l'existence légale de plus de deux parents.

---

même demeurer à l'extérieur du cercle de la parenté puisque relevant, du moins aux yeux des autorités gouvernementales, du registre de la profession et du service (Cadoret 2001-a).

<sup>31</sup> Sur le sujet, voir Le Gall et Bettahar (2001)

### 2.2.4 Le désir d'enfant

Qu'il s'agisse de renouveler la chaîne de la vie, de défier l'inexorabilité du temps qui passe, d'assurer la pérennité du nom et de la lignée ou encore de répondre aux standards sociaux, le désir d'enfant et sa réalisation (ou sa non-réalisation dans le cas de l'infertilité) ne peuvent être abordés et compris que dans un effort de mise en relation avec le cadre social dans lequel ils s'inscrivent. Les approches anthropologiques actuelles la parenté en Occident insistent sur l'idée que nos représentations de la parenté et de la filiation, et plus particulièrement notre tendance à associer spontanément celles-ci à l'engendrement, est d'abord une particularité culturelle : « *la parenté est un domaine conceptuel dans lequel les Euro-américains mettent en évidence les aspects relationnels de leur vie, et spécifiquement les relations constituées à travers la procréation* » (Strathern 1999 : 27). Divers phénomènes historiques et idéologiques participent cependant à la redéfinition de la parenté et de la famille dans les sociétés occidentales; le recul du mariage comme cadre obligé de la conjugalité et de la procréation, la transformation des rapports de genre et la valorisation de l'enfant, celui-ci occupant désormais une place centrale dans la famille : « *nos sociétés capitalistes et démocratiques ont vu progressivement changer le rapport des individus à la sexualité, les relations entre les sexes et la place de l'enfant* » (Martial 2005 : 158). Par conséquent, la parenté ne fait plus seulement descendre l'échelle des générations de l'ancêtre vers l'enfant, mais tend aussi à faire remonter cette échelle de l'enfant vers l'ancêtre : « *une conception nouvelle de l'apparentement s'installe sous nos yeux, dans laquelle on est apparenté non plus seulement par des ascendants communs, mais aussi par des descendants communs* » (Collard 2005-c : 156). Ces phénomènes s'inscrivent dans un cadre historique précis, celui de la modernité, marqué par la promotion de l'égalité et de la liberté individuelle, des valeurs qui rendent propices la revendication de multiples droits et la multiplication des formes familiales (familles recomposées, monoparentales, homoparentales). Le mouvement de libération sexuelle qui a traversé l'ensemble du monde occidental à la fin des années 1960 et au début des années 1970 a donc lui aussi transformé en profondeur le registre des relations intimes entre hommes et femmes et a eu un effet notable sur les représentations liées à l'enfant et à l'enfantement.

Les explications au désir d'enfant sont variées et la définition même du désir d'enfant est largement tributaire de l'angle disciplinaire privilégié. En psychanalyse, le désir d'enfant est

d'abord compris comme un produit du désir inconscient « *lié à des signes infantiles indestructibles* » (Freud 1895 - cité par Cailleau<sup>32</sup> 2005) ou encore comme « *la traduction naturelle du désir sexuel dans sa fonction collective d'assurer la reproduction de l'espèce et dans sa fonction individuelle de transmission de l'histoire personnelle et familiale* » (Bydlowski 1997 : 139 - cité par Cailleau 2005). D'un point de vue biologique et médical, le désir d'enfant s'inscrit dans les structures mêmes du vivant : « *Le propre du vivant consiste dans la possibilité de se reproduire [...] Le désir d'enfant assure la conservation, la perpétuation de caractères héréditaires : par là même, l'individu évite son entière disparition, c'est-à-dire la mort* » (Dagonet<sup>33</sup> 2003 : 4).

D'un point de vue sociologique et anthropologique, le désir d'enfant est davantage abordé comme le résultat de changements historiques et de transformations idéologiques. Dans plusieurs sociétés, la volonté d'enfantement représente un désir éminemment social qui s'apparente d'abord au devoir de procréation et à l'obligation sociale de perpétuer l'existence des ancêtres : « *Il semble qu'il s'agisse davantage d'un désir de descendance et d'un désir d'accomplissement plutôt que d'un désir d'enfant, et de la nécessité d'accomplir un devoir envers soi-même et la collectivité plutôt que la revendication d'un droit à posséder* » (Héritier 1985 : 10). En ce sens, "le désir d'enfant" varie selon les contextes historiques et culturels et son déploiement ne se fait pas toujours de la même manière et selon les mêmes critères de motivation. Plusieurs facteurs interviennent conjointement pour exacerber le désir d'enfant dans les sociétés occidentales contemporaines, le principal facteur étant sans doute la contraception. La venue au monde de l'enfant, en plus d'être la plupart du temps planifiée, est plus que jamais discutée et réfléchie au sein du couple; non seulement l'aléa dans la reproduction n'est plus la norme, mais le caractère imprévisible de certaines grossesses s'en trouve fortement dévalorisé. La remarquable efficacité de la maîtrise de l'ensemble des processus reproductifs ne signifie pas que la régulation soit parfaite: « *L'exigence d'une bonne programmation ("l'enfant quand on le veut") qui était d'abord comprise comme "pas de grossesse avant qu'on le souhaite" signifie aussi de plus en plus souvent "pas de conception retardée quand on a décidé d'avoir un enfant"* » (Leridon

---

<sup>32</sup> Cailleau est psychologue et psychothérapeute. Elle enseigne à l'Université Libre de Bruxelles et est consultante dans une clinique de procréation médicalement assistée à Bruxelles.

<sup>33</sup> Dagonet est docteur en médecine et professeur à l'Université de Paris-I

2003 : 32). L'impatience née d'un désir de conception qui ne se concrétise pas contribue largement à la mise en évidence et à l'exacerbation du désir d'enfant.

Dans une enquête de type biographique dans laquelle il interroge les processus objectifs et subjectifs menant au désir d'enfant chez deux groupes d'adultes en France, Le Voyer (2003) dresse certaines « dynamiques typiques des déterminants actuels du désir d'enfant ». Selon lui, le désir d'enfant fait l'objet de multiples représentations qui « *combinent une prise en compte de l'air du temps, des calculs rationnels, mais aussi des symboles et fantasmes attachés à la filiation* » (2003 : 39). La stabilité du couple, le désir de vivre pleinement le début de l'âge adulte et la nécessité d'avoir une situation professionnelle bien établie sont tous des facteurs qui interviennent dans la concrétisation du désir d'enfant. Il semble donc, qu'à plusieurs égards, la période marquée par le désir de concevoir un enfant dépende autant de facteurs sociaux que de facteurs biologiques. Pour illustrer cette situation, Charton (2009 a-b) propose la notion de « biosociologie du temps », laquelle renvoie aux concepts de temps biologique et de temps social. Le temps biologique se définit comme « *la variation périodique ou cyclique d'une fonction particulière d'un être vivant, et par son amplitude* » alors que le temps social concerne « *la constitution sociale du temps et les différents modes d'organisation de l'existence des individus* » (Charton-b 2009: 213-214). Selon l'auteur, le temps de la maternité dépendrait de trois types de temporalités; « *du temps biologique qui fixe les potentialités et les limites de la procréation* » ; du temps du « choix », c'est-à-dire « *des significations que revêt un désir d'enfant/une naissance dans un parcours de vie* » ; et du temps biographique dans lequel « *s'organisent et interagissent les parcours conjugal, familial et professionnel* » (Charton 2009-a : 10).

Yonnet (2006), dans un ouvrage intitulé « *Le recul de la mort. L'avènement de l'individu contemporain* », soutient que c'est d'abord la baisse prononcée de la mortalité infantile et de la mortalité maternelle qui ont permis l'avènement de l'enfant du désir, duquel résulterait une nouvelle psychologie de l'enfance. Le recul de la mort (et sa concentration dans un seul groupe d'âge, celui des individus vieillissants) et l'apparition de l'enfant issu du désir d'enfant ont profondément modifié selon l'auteur, le rapport que les êtres humains entretiennent avec l'existence, la vie et la mort.

La rupture entre conjugalité et filiation, la prépondérance de l'idéologie du choix jusque dans la sphère de la parenté, les revendications liées à la reconnaissance de la parentalité s'inscrivent dans un contexte où le statut de l'enfant et les représentations qui le caractérisent se trouvent eux aussi radicalement transformés (Dekeuwer-Defossez 2006; De Queiroz 2004; Singly (ed) 2004; Renaud 2004; Ronfani 2006). La conception de l'enfant comme personne à part entière suit le mouvement plus général de démocratisation et de reconnaissance des droits individuels dans les sociétés occidentales: « *Le droit des individus à devenir eux-mêmes constitue la croyance centrale de la seconde modernité qui s'impose à partir des années 1960 [...] cette croyance d'un enfant doté d'une nature spécifique et originale est indissociable du développement de l'individualisme* » (Singly 2004 : 20-21). Pourtant, le statut attribuable à l'enfant demeure source de désaccords, ou du moins de questionnements, le défi principal étant, selon Bluedond-Langer et Korbin (2007), de trouver des cadres conceptuels qui reconnaissent tout autant la vulnérabilité de l'enfant que son agencité, c'est-à-dire des cadres qui tiennent compte de sa capacité d'interpréter le monde et d'agir sur lui, mais aussi de son besoin de protection.

Ce mouvement de valorisation de l'enfant et de l'enfance doit aussi être situé dans son contexte historique plus récent. Les années 60 et 70 sont les témoins d'une véritable révolution dans le registre privé et intime de la sexualité et de l'enfantement : « *Il est question, aux lendemains de 1968, de la libération sexuelle des hommes et des femmes, de la libre disposition de son corps, d'un enfant si je veux, quand je veux* » (Gavarini 2001 : 206). Avoir un enfant implique désormais une démarche de choix et de planification dans la mesure où les parents décident eux-mêmes du moment d'enfanter : l'arrivée d'un enfant dans la famille est de moins en moins subie et de plus en plus désirée. Dans les sociétés contemporaines, l'enfant, loin de représenter une main d'œuvre gratuite ou une sécurité, est plutôt entrevu en termes de support identitaire et d'accès à l'épanouissement. Les arrangements après divorce rendent d'ailleurs manifeste le fait qu'aujourd'hui, l'enfant est d'abord l'expression d'un désir des parents : « *aujourd'hui, deux individus autonomes décident éventuellement d'en appeler un troisième à la vie. On est passé du besoin d'enfants au désir d'enfant* » (Tahon 1995 : 125).

Entre désir d'enfant, droit à l'enfant et besoin, les frontières sont minces et mouvantes: si le désir réfère à une forme de quête (il est ce qui nous meut), le besoin de son côté s'inscrit dans une

logique de nécessité (Dayant et Trouvé 2003). Or, les couples infertiles tendent à définir l'infertilité comme une maladie et considèrent le fait d'avoir un enfant comme un besoin (viscéral et biologiquement inscrit dans l'être). De son côté, la FQPN (Fédération québécoise pour le planning des naissances) considère que la reconnaissance de l'infertilité comme une maladie comporte le risque de voir s'établir une sorte de droit à l'enfant: « *Certaines personnes considèrent l'infertilité comme une maladie. Cela sous-entend alors le droit à la santé et impliquerait la possibilité et le droit de concevoir des enfants. Il y a certes les droits de l'enfant, mais il n'y a pas, en tant que tel, de droits d'un couple ou d'un individu à concevoir un enfant* » (2006 : 21). Quant à la distinction entre le désir d'enfant et le droit à l'enfant, elle comporte de nombreuses ambiguïtés : alors que certains revendiquent le libre accès aux NTR (nouvelles technologies reproductives) en s'appuyant sur les principes de liberté et d'égalité, d'autres considèrent d'ores et déjà que la prise en charge des frais engendrés par les techniques reproductives (comme c'est le cas au Québec depuis août 2010) résulte d'une reconnaissance sociale du droit à l'enfant. Si la reconnaissance juridique d'un tel droit est quasi impossible à envisager, certains accommodements en procréation médicalement assistée (désirs de convenance) laissent tout de même croire que la logique du droit d'accès à l'enfant influence certaines pratiques: « *De nouvelles demandes (en PMA) sont nées alors même qu'aucune infertilité n'est en cause. Elles mettent en cause des limites que la nature avait imposées : l'âge (enfanter après la ménopause), la mort (demande d'insémination post-mortem) et la différence des sexes (couples homosexuels en demande de PMA)* » (Leridon 2003 : 32). Dans un contexte social où priment les valeurs d'individualisme et d'égalité, le droit se trouve sollicité pour assurer la réussite du désir d'enfant (des couples, des célibataires et des homosexuels) et pour pallier aux injustices d'ordre physique ou autres malchances.

### **2.2.5 Au Québec : nouveau contexte pour l'union civile et la filiation**

Il semble pertinent de situer concrètement la position du Québec relativement aux questions de filiation et de parenté, d'autant plus que la province a adopté en juin 2002, une nouvelle loi en matière de famille et de filiation qui, aux yeux de plusieurs chercheurs en droit de la famille, peut être qualifiée de révolutionnaire tant elle « *déconstruit les fondements de certaines institutions qu'on a longtemps cru immuables* » (Roy 2005 : 119). En effet, cette loi sous-tend des

changements si marqués, qu'elle est susceptible, selon Tahon « *d'entraîner des conséquences importantes pour la représentation de la famille au Québec et de la place des hommes en son sein* » (2004 : 156). En accordant le droit aux femmes seules et aux couples lesbiens d'avoir recours à l'assistance médicale à la procréation pour avoir un enfant, la *loi instituant l'union civile et établissant de nouvelles règles de filiation* reconnaît la monoparenté et la biparenté homosexuelle, c'est-à-dire qu'elle cautionne l'éventualité qu'un enfant naisse sans filiation paternelle et elle légalise la possibilité que sur l'acte de naissance d'un enfant québécois, il soit inscrit qu'il est fils ou fille de deux mères. Parallèlement, un enfant ne peut être fils ou fille de deux pères (autrement que par le biais de l'adoption), puisque, contrairement aux femmes seules ou aux couples de femmes, on a refusé l'accès à la procréation assistée et à la mère porteuse pour les hommes seuls et les couples gais<sup>34</sup>.

Ainsi, dans son désir d'établir une égalité entre les différents types de familles et d'instaurer une union civile qui soit accessible aussi bien aux couples homosexuels qu'aux couples hétérosexuels, la législation a surtout cherché à protéger les droits des adultes impliqués dans ce que l'on nomme aujourd'hui un « projet parental »<sup>35</sup>. Selon Joyal (2006), le privilège accordé à la notion de « projet parental » et aux revendications appuyées sur le droit à l'égalité nie, au nom du désir individuel et du respect de la vie privée des adultes, le caractère social de la filiation. En citant l'exemple des femmes seules et des couples de lesbiennes qui ont recours à la procréation médicalement assistée comme mode d'accès à la parenté et à la filiation, l'auteur (Joyal 2006) soutient que cette loi remet en cause nos règles anthropologiques en matière de filiation, lesquelles reposent sur un paradigme de différenciation des sexes et des générations. Le champ de la parenté se trouve ainsi sollicité pour résoudre une question qui le dépasse, soit celle du respect

---

<sup>34</sup> Se trouve ainsi instauré un « *nouveau système de filiation bilatérale qui exclut la filiation paternelle. Un système de filiation inverse, qui légaliserait la possibilité que, sur l'acte de naissance d'un enfant, il soit inscrit qu'il est le fils ou la fille de deux pères, est exclu par l'actuel article 541 du Code civil qui établit que "toute convention par laquelle une femme s'engage à procréer ou à porter un enfant pour le compte d'autrui est nulle de nullité absolue"* » (Tahon 2010 : 117).

<sup>35</sup> La valeur accordée au projet parental est d'ailleurs particulièrement visible dans le milieu de l'adoption (Ouellette 2000 a-b). Dans l'institution adoptive du Québec, la famille et les parents sont davantage définis en fonction de leurs capacités parentales. Et cette même tendance est aussi de plus en plus observable en adoption internationale : « *les adoptants n'y sont pas d'abord définis comme des ressources pour des enfants abandonnés, mais bien plutôt comme les acteurs principaux d'un processus de formation d'une famille [...] les groupes d'adoption internationale réinscrivent explicitement l'adoption dans le registre de l'expérience personnelle et d'un projet de vie familiale* » (Ouellette 2000-a : 58-59).



des droits des conjoints homosexuels et de la protection des droits des enfants des familles homoparentales.

Considérant le principe selon lequel on ne peut transiger sur l'état civil d'une personne et considérant également que le droit familial doit d'abord « *apporter des réponses acceptables au double besoin de reconnaissance et d'adaptation aux situations quotidiennes, tout en préservant la cohérence générale et la lisibilité du dispositif par lequel chacun peut se repérer et s'identifier* » (Séraphin 2007 : 12), plusieurs spécialistes en droit de la famille et en sciences sociales (Dagenais 2005; Collard 2005-c; Joyal 2006; Moore 2003; Philips Nootens et Lavallée 2003; Roy 2005, Malacket et Roy 2008 ; Tahon 2004, 2010) critiquent le fait que certaines des nouvelles dispositions de la loi (dont celle qui permet à une femme seule d'avoir recours à l'insémination artificielle pour avoir un enfant qui sera condamné à n'avoir qu'une filiation unilinéaire) tendent vers la privatisation et la contractualisation de la filiation, laquelle a pourtant toujours été considérée d'ordre public et exclue du domaine contractuel. En ce sens, la nouvelle loi en matière de famille et de filiation s'inscrit dans la mouvance tout contemporaine d'affirmation grandissante du droit à la famille qui se traduit, selon Gavarini (2005) par « *la revendication affichée d'un droit à la vie familiale pour tous, quelles que soient l'orientation sexuelle et la configuration de la maisonnée* » (2005 : 47). Ainsi s'entremêlent les notions de désir d'enfant, de droit à la reproduction, et de droit à former une famille dans un contexte social où les principes de liberté individuelle, d'égalité et de défense des intérêts de l'enfant posent un certain nombre de contradictions<sup>36</sup>.

---

<sup>36</sup> Murat (2008) critique sévèrement le droit de la famille (sans viser particulièrement le Québec) et reproche à ce dernier de négliger sa finalité première, soit l'encadrement de la reproduction du corps social: « *Aujourd'hui, il est surtout demandé à celui-ci (droit de la famille) de ne pas entraver la recherche du bien-être individuel, quand il ne lui est pas tout bonnement enjoint d'être l'instrument de réalisation du bonheur individuel* » (Murat 2008 : 30)

### **Conclusion. La parenté et la famille : continuités et transformations**

La parenté occidentale et plus particulièrement la famille contemporaine se trouvent aujourd'hui à la croisée de deux mouvements contraires, c'est-à-dire entre « *l'élargissement de la parenté sociale* » et le « *rétrécissement autour du génétique* » (Godelier et Mingasson 2006) ; ce double mouvement<sup>37</sup> met en évidence des principes basés sur des valeurs chères à leurs sociétés d'appartenance, mais pose son lot de contradictions: « *L'effondrement du mariage comme principe organisateur de la filiation laisse ainsi dans l'incohérence nos représentations sociales et notre droit, hésitants entre la promotion du biologique et celle de l'électif* » (Cadolle 2007 : 16). Influencée tantôt par des représentations naturalistes qui privilégient les liens du sang et tantôt par des modèles et des pratiques qui donnent préséance aux relations basées sur la volonté et le choix, la parenté occidentale cherche à se situer dans l'espace parental et à se redéfinir des bases communes :

*« En valorisant le lien de sang, le pôle 'familialiste traditionnaliste' tente de redonner une assise légitime au modèle de la famille nucléaire indissoluble; en valorisant le volonté, le pôle individualiste s'appuie sur les acquis des sciences humaines pour défendre une conception purement élective de la famille [...] Nous sommes en quelque sorte au milieu du gué, partagés entre le sentiment qu'il faut prendre en compte la réalité concrète et éminemment diverse des situations, et le sentiment que manquent des repères symboliques forts, communs à tous » (Théry 2002-b: 216-217).*

À l'heure où la génétique est évoquée pour expliquer les maladies, les comportements, voire même les habitudes inter-générationnelles, il convient de s'interroger si ce retour en force du "biologique" dans le champ de la parenté ne correspond pas à une version nouvelle de l'idéologie des liens de sang<sup>38</sup>; une version plus actuelle, plus scientifique et surtout plus stable. Une version qui traduit finalement l'idée selon laquelle « *l'usage généralisé des tests génétiques pourrait asseoir une filiation plus univoque, plus inconditionnelle et plus indissoluble que toutes les institutions du droit* » (Théry 2005 : 396). Est-il possible que la multiplicité des nouvelles

---

<sup>37</sup> Cadoret (2000) aborde elle aussi la question du double mouvement, mais le situe plus spécifiquement au niveau de la filiation : « *la filiation se détache de l'alliance matrimoniale tout comme la sexualité se détache de la reproduction; par contre, la filiation attache bruyamment son attachement au corps reproductif qui devient peu à peu la figure incontournable de la filiation* » (Cadoret 2000:15).

<sup>38</sup> Une position que soutient Lebner (2000) lorsqu'il affirme que le symbolisme du sang (symbole de l'hérédité et d'une parenté plus "vraie") comme base de la parenté persiste encore, mais se trouve doublé des "gènes" qui, à leur tour, pénètrent le portrait » (2000 :374)

reconfigurations familiales jumelée à la difficulté de notre société à refonder des normes communes en matière parentale conduisent à une forme plus restrictive des critères de définition? En contraste avec la fluidité et la complexité de la parentalité contemporaine, « *la génétisation des relations familiales peut implicitement mettre l'accent sur la continuité dans les structures de parenté en rappelant les idéologies traditionnelles de la primauté de l'apparentement biologique* » (Freeman et Richards 2006 : 80). Ainsi, on peut supposer que le recours à des explications génétiques permet non seulement de situer avec certitude “qui est apparenté à qui?”, mais de par son caractère transcendant (espace temps), la génétique permet également d'inscrire les relations de parenté dans une logique intergénérationnelle. Par contre, Freeman et Richards (2006), tout en s'attardant à la question des tests d'ADN comme critère de définition de la paternité, soulignent que « *malgré l'essentialisme génétique promu dans les discours des sociétés contemporaines, l'importance tacite accordée aux relations sociales dans la définition de la paternité n'a pas été évincée* » (2006 : 75). Paradoxalement, la force d'attraction qu'exerce le savoir génétique sur les acteurs sociaux agit en parallèle au principe d'autonomisation croissante de la famille par rapport à la parenté: en effet, si la famille moderne a bel et bien rompu la continuité du monde établi sur la descendance (Dagenais 2005 : 174), la présence grandissante de la science génétique ramène les individus dans une logique trans-générationnelle, mais cette fois dans un optique tout à fait autre, lequel s'appuie principalement sur ce que Finkler (2001) appelle l'« idéologie de l'héritage génétique ».

Les valeurs d'égalité, de liberté et de démocratie qui ont mené à une dynamique plus égalitaire des sexes, à une valorisation des droits de l'homme, et aussi, inévitablement, à des parentés multiples et choisies, vont sans aucun doute persister. Quant aux critères de définition de la parenté basés sur la génétique, la science et la technologie, on imagine mal comment leur influence pourrait diminuer. Par contre, il est fort à parier que les acteurs sociaux trouveront (peut-être parfois d'ailleurs de manière surprenante) des réponses et des solutions à leurs questionnements par l'agencement et la combinaison d'éléments qui apparaissent contradictoires. Il ne faudrait pas non plus sous-estimer les aspects de continuité dans les discours relatifs aux relations de parenté ainsi que la capacité des acteurs sociaux à inscrire le génétique et le culturel dans une dynamique commune qui, malgré ses allures paradoxales, permet l'atteinte d'une certaine stabilité. Chose certaine, la nécessité de prendre en compte une définition plus fluide et

plus souple de la famille et de l'apparement s'impose: « *Il faut sans doute renoncer à définir ce qui serait un noyau dur, intemporel, anhistorique de ce qui "fait famille". La modestie semble de mise si l'on veut, à notre époque, caractériser un groupe familial* » (Delaisi de Parseval 2001-a: 264).

### 2.3 La procréation assistée: penser autrement la reproduction

L'apparition de la médecine reproductive et de ses nouvelles technologies ont obligé tant les spécialistes que le grand public à questionner leurs représentations de la parenté, au point où Mundy (2007), dans un livre intitulé *“Everything Conceivable : How Assisted Reproduction is Changing Men, Women and the World”*, se demande avec ironie si en ce début de 21<sup>ème</sup> siècle, « *la radicalité de l'enfantement n'est plus tant dans le comment elle se termine que dans le comment elle commence* » (Mundy 2007 : 23).

À partir du contexte culturel qui caractérise la parenté occidentale, circule un ensemble d'idées et de discours relatif à la reproduction et aux relations qu'elle engendre: « *la parenté est un contexte dans lequel les euro-américains parlent des relations basées sur la biologie, les relations de parenté étant considérées comme la création de la nécessité humaine de procréer* » (Strathern 1999 : 22). Les nouvelles techniques relatives à la reproduction font poindre l'importance de développer une anthropologie de la reproduction qui s'inscrive en continuité de l'anthropologie de la parenté, et ce d'autant plus que les croyances et les représentations relatives à la procréation sont la source d'un ensemble de définitions culturelles concernant la parenté, la parentalité, le genre et la relation nature/culture: « *de même que l'anthropologie nous aide à dénaturiser nos représentations de la parenté, de même, elle peut contribuer à dénaturiser notre vision de la reproduction* » (Fassin 2002 : 107). Déjà en 1992, alors que les nouvelles technologies reproductives en étaient à leur début, Shore (1992) énonçait certaines des questions anthropologiques que ces progrès techniques soulevaient : Comment les débats sur le contrôle de la fertilité sont-ils révélateurs de nos attitudes par rapport aux institutions sociales comme le mariage, la parentalité et la naissance?; De quelle manière les controverses entourant les traitements de l'infertilité et de la recherche sur les embryons sont-elles liées à nos croyances en regard des notions de descendance, d'individualité et de procréation?; Quand exactement la vie apparaît-elle et qui est ultimement responsable de la conception? (Shore 1992). Les possibilités ouvertes par la PMA soulèvent également des débats sociaux incontournables sur la définition de qui est parent : en citant l'exemple de la maternité aujourd'hui devenue divisible en trois (la détentrice des ovocytes, la gestatrice et la mère d'intention), Delaisi de Parseval (2008-b), mentionne que la PMA impose « *un saut épistémologique dans l'histoire de la procréation mais*

*également dans l'histoire de la filiation* ». Selon l'auteur, c'est la société qui décidera « *de qui est légitimement l'enfant de qui* » (2008-b: 109).

### **2.3.1 Reproduction, engendrement et filiation**

La découverte et l'expansion des contraceptifs, la légalisation de l'interruption volontaire de grossesses non désirées, puis ultimement, le développement des nouvelles techniques reproductives (NTR) ont tous contribué à inscrire le processus reproductif dans un espace particulier, celui de la médicalisation et de la planification. Les différentes possibilités et conséquences qui émergent de cet espace sont passablement contradictoires. D'une part, la contraception permet aux femmes d'échapper aux grossesses non désirées, tout comme elle permet aux couples de planifier la venue au monde de l'enfant en fonction de différents critères : « *L'état normal d'un couple devient celui de la non-conception, et c'est la conception qui doit être décidée* » (Dayan et Trouvé 2003 : 28). D'autre part, le contrôle que permet la contraception crée chez les couples le sentiment que le moment de la conception peut à son tour être objet de maîtrise. Ainsi, quand le désir d'enfant est confirmé au sein du couple, mais qu'il n'est pas comblé dans les délais souhaités par celui-ci, la conception est alors ramenée dans l'espace médical, mais cette fois pour des raisons tout à fait contraires à celles qui concernent la contraception, c'est-à-dire dans un dessein d'aide à la procréation. Le non-désir d'enfant (qu'incarne la contraception) et le désir d'enfant demeuré inassouvi (incarné par le recours à la procréation assistée) se trouvent alors à partager l'espace de l'intervention médicale. Selon Ragoné (1996), trois changements majeurs auraient contribué à une transformation des représentations liées à la reproduction dans les sociétés occidentales: d'abord l'avènement de la contraception qui marque la séparation entre relations sexuelles et reproduction; ensuite l'émergence des nouvelles technologies reproductives qui impliquent une fragmentation de l'unité de la reproduction (les enfants peuvent être conçus à l'extérieur du cadre sexuel); et finalement l'apparition, via les avancées de la médecine reproductive, d'une maternité divisible en trois (mère génétique, mère porteuse, mère d'intention) qui remet en question l'unité organique prise pour acquise entre la mère et le fœtus.

Pour la première fois dans l'histoire humaine, les techniques biologiques interviennent dans le processus de la reproduction de manière à permettre "une reproduction sans sexualité": « *Après la rupture des liens qui unissaient sexualité et procréation (c'était l'ère contraceptive), nos contemporains ont assisté à la division des liens qui unissaient procréation et filiation* » (Delaisi de Parseval 2001-a: 253). Plus encore, ces nouvelles méthodes, par l'intermédiaire de la biomédecine et du don de gamètes, ont entériné de nouveaux modes de procréation qui ont fragmenté les rôles traditionnels de paternité et maternité et participé à une modification des représentations sociales de la reproduction humaine: « *Les changements dans 'l'art de fabriquer des bébés' survenus au cours des trois dernières décennies à la faveur de l'utilisation de la PMA ont donné lieu à la création d'une nouvelle articulation entre procréation et filiation. Ils ont en même temps généré des déplacements importants dans les représentations de la maternité et de la paternité* » (Delaisi de Parseval et Collard 2007 : 48). Si l'anthropologie a depuis longtemps posé cette distinction entre "pater" et "génitor", et entre parenté sociale et biologique, les nouvelles technologies de reproduction et l'assistance médicale à la procréation posent de nouveaux défis à la définition des systèmes de valeurs liés à la parenté et à la conception de l'être humain: « *La procréation a pu soudainement apparaître comme le résultat d'un acte biologique et technique, hors sexe, un acte scientifiquement dirigé [et] ce sont peu à peu l'ensemble des représentations contemporaines concernant la naissance de l'enfant qui se sont modifiées : l'imaginaire de l'enfantement a été pénétré par la technicité médicale* » (Gavarini 2001 : 225).

Plus globalement, c'est la chaîne supposément inviolable des événements qui lient mariage, sexe, conception, grossesse, parentalité et éducation qui se trouve ébranlée et remise en question par l'introduction des NTR en contexte occidental : « *dans le modèle chrétien du mariage, les époux se font mutuellement don de leurs corps; on parle alors du principe d'indisponibilité des corps liée à l'union des personnes et c'est la sexualité du couple qui constitue le fondement de la filiation* » (Zimmerman 1993 : 221). Une autre transformation concomitante et quasi révolutionnaire est le renversement de l'adage sur lequel se sont construits les systèmes juridiques occidentaux: la loi, depuis le droit romain, créait un ensemble de règles et de présomptions qui attribuait la paternité sur la base de facteurs sociaux, tandis que la détermination légale de la maternité s'est toujours avérée non nécessaire puisque fondée automatiquement sur l'acte de donner naissance. Aujourd'hui, la maternité s'est transformée en

un concept divisible (par exemple, le recours au don d'ovocyte et ensuite à une mère gestatrice impliquent trois figures de mères : génétique, génitrice et adoptive) et la paternité (biologique) tend à devenir de plus en plus certaine.

D'une part, les nouvelles technologies reproductives rendent visibles plus que jamais les bases biogénétiques des relations de parenté et mettent en scène une série de nouveaux acteurs (cliniciens, donneurs de gamète, mères porteuses) et de nouvelles pratiques qui, à leur tour, contribuent à la constitution d'un nouveau savoir. D'autre part, le "nouveau" savoir a ses limites dans la mesure où il repose toujours sur une forme ancienne de savoir : « *Il n'y a pas d'effacement dans les pratiques et les habitudes de pensée des gens; il y a seulement des pratiques et habitudes de pensée à partir desquelles les nouvelles travaillent* » (Strathern 1995 : 348). Certes, la science reproductive est nouvelle et représente un phénomène moderne, voire un miracle post-industriel qui émerge de la biologie, de la génétique et de la micro-chirurgie. D'un autre côté, elle peut aussi être considérée comme le chapitre le plus récent d'une histoire très ancienne, soit celle du contrôle de la procréation: depuis toujours, les gens et particulièrement les femmes, essaient de contrôler leur reproduction et d'avoir des enfants selon leur propre cédule et non selon celle de Dieu ou de la nature.

Ainsi, certains anthropologues, dont F. Héritier (1985), tentent quant à eux de réduire l'importance des technologies nouvelles et maintiennent l'idée que l'implication de plus de deux personnes dans le processus reproductif n'est pas quelque chose de complètement nouveau. Les techniques médicales d'assistance à la procréation ne seraient qu'une version "actualisée" et modernisée de l'aide à la reproduction. À ce sujet, Héritier mentionne: « *Il ne peut y avoir, bien sûr, d'équivalents directs des techniques elles-mêmes en ce qu'elles ont de plus novateur, mais les effets recherchés procèdent de la même nécessité, pallier le malheur de l'absence de descendance, même si les motivations sont moins de satisfaire une demande individuelle que de répondre à l'intérêt bien compris de la collectivité des vivants et des morts* » (Héritier 1985 : 13). L'auteur ne croit pas que les NTR posent un nouveau problème en soi; selon elle, les interrogations et réticences que ces nouvelles techniques soulèvent ne sont pas tant liées aux possibilités qu'elles proposent, mais davantage au manque de ciment social et juridique qui entoure actuellement leur pratique : « *Toutes les formules que nous pensons neuves sont possibles*



*socialement et ont été expérimentées dans des sociétés particulières. Mais pour qu'elles fonctionnent comme des institutions, il faut qu'elles soient soutenues sans ambiguïté par la loi du groupe, inscrites fermement dans la structure sociale et correspondent à l'imaginaire collectif»* (1985 : 19).

### **2.3.2 Biologie “naturalisée” ou parenté “biologisée” : une dichotomie ébranlée**

Les technologies reproductives qui ont émergé pour pallier à l'infertilité rendent plus complexes non seulement les représentations liées à la parenté, mais aussi les relations entre nature et culture. Plus spécifiquement, elles rendent visible la manière dont les deux perspectives se trouvent liées l'une à l'autre : *« L'aide médicale à la procréation ne nous plonge pas dans le règne contre-nature de l'artifice, d'une radicalité tout esthétique. Sa double logique de biologisation et d'artificialisation nous invite en revanche à repenser l'opposition entre la nature et l'artifice qui sous-tend nos représentations de la parenté et de la reproduction »* (Fassin 2002 : 118). Plusieurs auteurs qui ont travaillé sur la question de la reproduction médicalement assistée (Carsten 2004; Delaisi de Parseval et Collard 2007; Fassin 2002; Hayden 1995; Levine 2003; Ragoné 1994; 1996; Thompson 2001; Strathern 1992, 2005; Hargreaves 2006; Bestard et Orobitchg 2009) n'abordent pas la biologie et la culture en opposition l'une de l'autre, mais cherchent plutôt à démontrer comment, dans le contexte des PMA, les connexions entre le biologique et le social sont indéterminées et variables et comment elles peuvent être manipulées ou redéfinies en fonction d'intérêts individuels ou même de valeurs traditionnelles de la parenté. À ce titre, Carsten (2004) souligne l'importance pour les anthropologues de dépasser le préjugé selon lequel les acteurs impliqués dans la procréation assistée ont invariablement une compréhension essentialiste et génétique de la parenté; selon elle, la réalité s'apparente davantage à une *“chorégraphie complexe de facteurs biologiques et sociaux”* (Carsten 2004 : 179).

Certes, la valorisation de l'apparentement génétique et du lien de sang est présente dans le recours à l'assistance médicale à la procréation et participe à la biologisation de la reproduction et de la filiation. En ce sens, les technologies reproductives illustrent la considération grandissante accordée aux biotechnologies dans la configuration des identités individuelles, familiales et collectives (Birenbaum-Carmeli et Inhorn 2008 : 177). D'un autre côté, les NTR remettent en

question les présupposés fondamentaux liés à la maternité et offrent la possibilité d'envisager la reproduction davantage comme une construction culturelle que comme une donnée naturelle : « *Le paradoxe de la PMA est qu'elle est animée par des idéologies contradictoires; tout en renforçant le lien symbolique, elle répond à des demandes motivées par une idéologie biologique* » (Ghasarian 1996 : 240). Dans le cas de la gestation pour autrui par exemple, les acteurs impliqués se trouvent dans une position où ils doivent modifier leurs définitions de la famille, de la parenté et de l'apparentement biologique pour atténuer les tensions et ambiguïtés soulevées par le recours à la maternité de substitution (Ragoné 1994; 1996). Par exemple, la relation du père avec la mère porteuse (aussi mère génétique de l'enfant à naître dans certains cas), même si elle strictement non coïtale, est altérée par le fait qu'elle produit ce qui, jusqu'à tout récemment, était le résultat d'une union sexuelle, soit un enfant. Par conséquent, cette relation est symboliquement associée à l'adultère: « *Une des stratégies employée par les couples et les mères porteuses est de minimiser le rôle des maris [...] la mère porteuse et la mère adoptive travaillent à l'unisson et renforcent l'idée que la maternité sociale prévaut à la maternité biologique dans la définition de "mère"* » (Ragoné 1996 : 359-361). Une stratégie somme toute assez contradictoire considérant que le recours à la mère porteuse est motivé par le désir d'avoir un enfant lié biologiquement à au moins l'un des deux parents. Paradoxalement, dans les cas où l'embryon implanté dans l'utérus de la mère de substitution est issu de la fusion des gamètes des deux parents d'intention, l'accent est plutôt mis sur le bagage génétique de l'enfant à naître, donc sur l'apparentement biologique et génétique. Comme le remarquent Delaisi de Parseval et Collard (2007), les débats relatifs à la mère porteuse (de substitution) sont toujours plus houleux que ceux liés à la donneuse d'ovocytes : un constat passablement surprenant considérant les représentations euro-américaines selon lesquelles la parenté est fondée sur une contribution égale du matériel génétique du père et de la mère dans la conception d'un enfant : « *Au bout du compte, la question du statut de la donneuse d'ovocytes s'avère, paradoxalement, plus complexe que celle, pourtant constamment mise au premier plan et objet de débats polémiques, du statut de la mère gestatrice* » (2007 : 50).

Les NTR s'inscrivent finalement dans un cadre où sont revendiquées tantôt la prééminence de la génétique et tantôt la force du lien social. Comment expliquer, sinon que par un enchevêtrement paradoxal, que l'enfant né des nouvelles technologies avec donneur soit, dans plusieurs cas,

reconnu légalement et socialement comme le fruit de l'acte sexuel de ses parents, et ce sans qu'aucune information légale ne puisse révéler que l'acte en question est tout à fait fictif? Par exemple, un couple qui a eu recours au don de sperme pour pallier à l'infertilité du père peut maintenir dans le secret les circonstances de la naissance de l'enfant. Ainsi, malgré l'accent mis sur le caractère social du lien d'apparentement (entre le père d'intention à l'enfant), la loi en elle-même permet aux parents de ne pas divulguer à l'enfant les circonstances de sa naissance et de relier artificiellement celles-ci à la filiation charnelle. Comment expliquer, sinon que par l'analyse de la frontière mouvante entre le biologique et le social, que les couples qui ont recours aux NTR se voient décrire la technologie tantôt comme un simple moyen de donner un coup de pouce à la nature et tantôt comme un moyen de dénaturiser et d' "assister" la biologie reproductive<sup>39</sup>? Les couples qui ont recours à la fécondation *in vitro* par exemple décrivent souvent celle-ci comme un processus naturel (la FIV ne requiert pas la contribution d'une tierce partie et procède donc comme la nature le ferait), mais entretiennent aussi envers cette technique une sorte d'émerveillement qui participe à la construction de son caractère "extra-ordinaire" (Franklin 1997).

En ce sens, les cliniques d'aide à la procréation constituent des lieux significatifs où s'articulent définitions biologiques et définitions sociales de l'apparentement: « *les cliniques sont des sites où certaines bases de la différenciation de parenté sont priorisées alors que d'autres sont minimisées, le but ultime étant que les parents qui y ont recours et qui payent pour des traitements d'infertilité puissent accéder, au même titre que les autres parents, à une descendance légitime* » (Thompson 2001 : 175). Les mises en scène qui se jouent dans ces cliniques illustrent la flexibilité des pratiques scientifiques et biologiques. À l'intérieur du champ des nouvelles techniques reproductives, la biologie devient un symbole continuellement reconfiguré. Dans une étude (Hayden 1995) portant sur les mères lesbiennes ayant eu recours au don de sperme, l'auteur montre comment celles-ci emploient les notions de biologie, dans le contexte de l'insémination artificielle, pour articuler leur propre sens de la parenté : « *Dans le*

---

<sup>39</sup> Selon Daudelin, la naturalisation et l'artificialisation de la procréation sont les deux processus symboliques qui caractérisent les NTR : **La naturalisation de la procréation** constitue une tentative de réduction de la distance et correspond à ce qu'il faut conserver de la procréation naturelle sous peine de perdre le sens de ce qui est fait avec la technique. Dans ce processus, la nature consiste en un ensemble d'éléments apparentés à la procréation "normale". **L'artificialisation de la procréation** quant à elle consiste à maintenir la distance entre la procréation naturelle et les NTR, et même à la radicaliser (Daudelin 2002 : 372-374).

*processus de construction de leurs familles, les mères lesbiennes affirment l'importance du sang (substance biogénétique et apparemment biologique) comme symbole d'unité et défient dans un même temps la supposition culturelle américaine selon laquelle la biologie est la base naturelle sur laquelle est construite la parenté* » (Hayden 1995 : 389). Ainsi, en ayant recours à l'insémination artificielle (au lieu de l'adoption), les femmes lesbiennes réifient l'importance de la continuité génétique dans la construction des relations de parenté, mais dénie toute paternité au propriétaire de la substance génétique impliquée. Tout en mettant l'accent sur l'importance du lien social dans les relations entre apparentés, les couples lesbiens qui, par exemple, souhaitent utiliser le même échantillon de sperme pour une deuxième grossesse (dans le but d'établir une certaine stabilité génétique dans la famille), adoptent une position qui contredit en quelque sorte la valeur initialement accordée aux liens sociaux. Les NTR, en rendant visibles et manipulables les faits de la procréation, conduisent ceux qui en font usage « *à expérimenter consciemment les processus de la nature et la possibilité de la manipuler* » (Bestard et Orobitz 2009 : 278). Dans le cas des donneuses d'ovocytes en contexte espagnol, ces auteurs montrent comment celles-ci se trouvent devant l'obligation « *de séparer la procréation biologique de la reproduction sociale* » (un travail dit de « désubstantialisation ») et comment les receveuses, de leur côté, doivent « *unir la procréation biologique à leur reproduction sociale* » (un travail dit de « resubstantialisation ») (2009 : 279). Selon les auteurs, c'est la juxtaposition du langage altruiste (don libre) et la compensation économique (les donneuses reçoivent une compensation financière de près de 1000\$) qui permettent un déplacement des relations de parenté, lesquelles sont recentrées sur la receveuse et sur les enfants résultant du don.

### **2.3.3 La reproduction médicalisée : infertilité, corps et science**

Les plus radicaux prévoient la disparition de la grossesse intra-utérine et soutiennent que l'utérus artificiel apporterait un progrès dans la « dénaturalisation de la reproduction » (Atlan 2005). Selon Aumercier, le malheur de l'ectogénèse ne serait « *pas tant d'offrir une nouvelle façon d'engendrer, que de transformer la grossesse ordinaire en une expérience animale, concurrencée par un dispositif qui souligne en contraste la souillure de la femelle* » (2007 : 94). Quoique encore de l'ordre de la science-fiction, l'idée d'un utérus artificiel extérieur au corps de la femme s'inscrit néanmoins dans une logique bien réelle, celle de la médicalisation de la reproduction : «

*La logique technicienne pénétrant la procréation résulte d'un processus de rationalisation de la société, processus englobant et affectant la presque totalité des dimensions de la vie humaine, dans les sociétés occidentales en particulier* » (Daudelin 2002: 360).

L'avènement de la FIV (fécondation in vitro) marque un repère incontournable dans le développement de la médecine reproductive: la grossesse de Lesley Brown et la naissance de sa fille Louise en 1978 constituaient la preuve que les cliniciens pouvaient dorénavant pallier à certains problèmes reproductifs féminins et ainsi donner la chance aux femmes dites infertiles de procréer<sup>40</sup>. Pourtant, les taux de réussite de la FIV sont assez décevants : même si environ 85% des patients arrivent au résultat de production d'œufs fertilisés in vitro, seulement 25% à 27% de ces derniers vont aboutir à une grossesse, et 21% à une grossesse viable (Baker 2000 : 79). Aborder la question de la procréation médicalement assistée dans l'espace de la parenté nous amène donc inévitablement à nous questionner sur le rapport que la reproduction et la maternité entretiennent avec la science. Cette dernière proclame son autorité sur les questions relatives à la grossesse et à la reproduction : « *C'est un fait : la médecine et la science ne cessent de nous asséner leur vérité biologique sur les sujets que nous sommes : elles nous disent, tests génétiques à l'appui, qui est le père, mais aussi qui sont le criminel et le coupable. Elles nous délivrent dans l'œuf, les mystères de notre devenir génétique* » (Gavarini 2002-a : 94).

Malgré leur caractère prétendument "naturel", plusieurs des technologies reproductives, particulièrement celles qui impliquent une tierce personne, continuent de soulever un certain scepticisme, voire des résistances assez rigides au sein de plusieurs autres sociétés<sup>41</sup> : « *L'enjeu pour chaque culture est de choisir dans les biotechniques de pointe, ce qui est congruent avec son système de croyances sur la nature, sur le sens de la vie humaine et sur les relations de parenté* » (Ghasarian 1995 : 92). Plusieurs anthropologues, depuis quelques années, étudient

---

<sup>40</sup> En ce qui concerne la technique de l'IAD (insémination artificielle avec donneur), celle-ci a été mise au point par le biologiste Sherman en 1953; pendant longtemps, cette technique utilisée couramment dans le domaine de la reproduction animale, est demeurée très peu populaire chez l'espèce humaine, principalement en raison de son association symbolique à l'adultère (Gavarini 2001).

<sup>41</sup> Dans un livre intitulé *Infertility Around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender and Reproductive Technologies* (Balen et Inhorn 2002), divers auteurs abordent l'infertilité dans une perspective globale et s'interrogent sur l'impact de l'exportation des NTR (conçues en Occident et transférées vers de nouveaux espaces culturels) et sur les dilemmes, les contradictions et les débats qu'elles peuvent susciter dans ces nouvelles localités.

l'impact des nouvelles technologies reproductives dans divers contextes culturels<sup>42</sup>. Toutes ces études fournissent des illustrations fascinantes du pouvoir de la culture dans l'interprétation et dans l'utilisation des NTR ainsi que leur enchevêtrement aux différents concepts de parenté.

Dans un ouvrage portant sur l'utilisation des NTR en Israël, S. M. Kahn (2000), montre comment celles-ci soulèvent de profondes questions sur les thèmes des origines, de la transmission du caractère religieux et de la culture traditionnelle. Puisque chez les Juifs, l'identité s'établit par le biais de la mère, le don d'ovule soulève l'inconnu généalogique alors que le don de sperme n'est pas considéré problématique. L'auteur mentionne que dans le milieu des années 1990, il y avait déjà en Israël (un pays considéré pro-nataliste), plus de cliniques de fertilité par personne que dans n'importe quel autre pays. Un autre exemple pertinent est celui rapporté par Iqbal et Simpson (2006) concernant la communauté pakistanaise musulmane de la Grande-Bretagne : dans cet article, les auteurs exposent les difficultés et les tensions auxquelles font face les couples infertiles de la communauté et expliquent comment les NTR occupent un espace controversé. D'un côté, ces techniques vont à l'encontre de certains principes musulmans et défient sérieusement certaines valeurs morales de la communauté, mais à d'autres égards, elles s'inscrivent en accord avec la valorisation des liens de sang et la valorisation du lien génétique qui prévalent en matière de reproduction dans la communauté (Iqbal et Simpson 2006). En ce sens, les découvertes en médecine reproductive ne sont jamais totalement déconnectées du contexte social ambiant<sup>43</sup>; elles s'inscrivent plutôt dans des croyances et des représentations préalablement existantes, d'où l'importance pour les anthropologues, selon Balen et Inhorn (2002), de « *considérer la reproduction humaine comme un phénomène biologique socialement constitué et culturellement variable à travers le temps et l'espace* ».

Certains auteurs reprochent à la médecine reproductive son caractère envahissant et sa tendance à rationaliser et à individualiser la maternité et la naissance. Dans un article portant sur l'expérience des femmes qui ont eu recours à l'amniocentèse, R. Rapp (1991) tente de

---

<sup>42</sup> En contexte chinois (Handwerker 2002), vietnamien (Pashigian 2008), sri lankais (Simpson 2004), égyptien (Inhorn 2003); libanais (Clarke 2007); espagnol (Orobitg et Salazar 2005); lituanien (Cepaitiene 2009); italien (Bonaccorso 2004); hongrois (Sandor 2009); norvégien (Melhuus 2009).

<sup>43</sup> À ce sujet, voir également le livre édité par Tremayne (2001) et intitulé : « *Managing Reproductive Life. Cross-Cultural Themes in Fertility and Sexuality* ».

démédicaliser les discours relatifs aux NTR et de rendre disponibles à la discussion les implications qui lui sont reliées. L'auteur souhaite montrer comment les choix en matière de reproduction, loin d'être strictement individuels ou psychologiques, s'inscrivent plutôt dans un registre de significations locales relatives à la grossesse, à la maternité et à l'identité de genre (Rapp 1991). Dans le cas de la médecine reproductive, il est difficile de faire abstraction de la pression mise sur les corps, particulièrement sur les corps des femmes<sup>44</sup>. Au même moment où la femme jouit d'une plus grande liberté en matière de reproduction, c'est paradoxalement à elle qu'incombe l'entière responsabilité des traitements d'infertilité ou des interventions sur le fœtus. Une responsabilité qui implique non seulement une invasion du corps physique, mais aussi des procédures parfois risquées : « *Trouver pourquoi un couple n'arrive pas à se reproduire implique la plupart du temps d'assimiler le corps de la femme à une topographie familière et ensuite de localiser les déviations physiques ou fonctionnelles pertinentes et hors normes* » (Cussins 1997 : 79). Le corps de la femme se trouve transformé en objet d'étude; le centre d'attention des cliniciens n'est pas la personne dans son ensemble, mais plutôt l'organe jugé dysfonctionnel (Greil 2002). Donc peu importe lequel des deux membres du couple a effectivement un problème, ultimement, c'est tout de même la femme qui échoue à devenir enceinte et c'est son corps qui est au cœur des interventions. Par contre, ces mêmes interventions sont associées à un "couple en traitement" et à un "fœtus en devenir". En ce sens, l'investissement médical, quoiqu'il implique directement les organes reproducteurs féminins, est entrevu comme la recherche d'une solution à l'infertilité du couple et ensuite comme un effort de production d'une grossesse. Selon (Van der Ploeg 2001) qui s'est intéressée à la transformation de l'individualité féminine en contexte de PMA, certaines techniques reproductives comme la fécondation *in vitro* et la chirurgie fœtale font du couple et du fœtus des entités traitables; les pratiques discursives relatives aux technologies et aux corps rendent alors acceptable, voire naturel, le fait de traiter les problèmes de l'enfant ou de l'homme au moyen d'interventions sur le corps de la femme (Van der Ploeg 2001). Dans un même mouvement d'individualisation, l'unité organique entre le fœtus et la mère ne peut dorénavant plus être prise pour acquise et le fœtus tend progressivement à être considéré comme un "nouveau type d'entité individualisé" (Franklin 1999). L'existence même de cet embryon ou de cet "enfant à naître" demeure abstraite, confinée dans la sphère de la

---

<sup>44</sup> Une situation qui amène Ettore (2005) à insister sur l'importance pour les chercheurs de s'attarder à l'aspect "genre" des interventions dans le champ reproductif et de dépasser la vision mécanique du corps, une vision privilégiée dans les génétiques reproductives, mais qui offre une vue limitée du corps humain.

conception, donc davantage liée à un potentiel de vie qu'à une existence réelle ; une situation qui selon Becker (2000) pose le danger bien réel d'objectivation de l'enfant, d'autant plus que des coûts financiers importants se trouvent liés au processus de reproduction en contexte de PMA.

Même si les NTR sont souvent célébrées comme une extension des choix reproductifs, le manque d'alternative<sup>45</sup> et la culture statistique du milieu exercent de la pression sur les femmes pour qu'elles tentent un nombre toujours plus élevé de cycles de traitements (Cussin 1997). Dans son dernier ouvrage sur l'anthropologie du corps, Le Breton aborde cette question de l'acharnement médical et en arrive à des conclusions semblables: « *L'expérience montre que le possible est un critère fondateur de la pratique scientifique. Ce qui est possible doit être réalisé, ne serait-ce qu'à cause de la lutte acharnée que se livrent les laboratoires de recherche ou les équipes médicales en quête de 'premières'* » (2005 : 243). Chose certaine, les NTR impliquent de nouvelles dépendances pour les femmes et les couple concernés, c'est-à-dire des coûts financiers, mais aussi des coûts physiques et psychologiques souvent sous-estimés<sup>46</sup>. Dans une étude menée auprès de couples dont les différentes tentatives en PMA ont échoué, Daniluk (2001) explore comment ces mêmes couples vivent avec cette expérience et lui donnent sens rétrospectivement. L'auteur affirme que la poursuite de solutions médicales est longue et stressante pour le couple, d'abord pour celui des deux qui est identifié comme la source du problème d'infertilité et ensuite pour la femme qui subit les traitements. Mais au-delà des pressions vécues sur le plan individuel, Becker (2000), une anthropologue qui a longuement étudié l'infertilité et la PMA en privilégiant une approche ethnographique, nous rappelle que la "technologie est une expression de la culture" et que si les NTR et les technologies en général peuvent sembler dominer la vie des gens concernés, c'est d'abord parce que la société en elle-même a infusé les NTR de ce pouvoir. Les avancées technologiques dérivent de priorités culturelles; dans le cas des technologies

---

<sup>45</sup> Les NTR peuvent elles-mêmes être considérées comme productrices d'un désir d'enfant plus prononcé encore qu'il ne l'était en début de traitement. Au contraire de l'image (largement projetée dans les médias) de femmes désespérées qui entrevoient la FIV comme l'ultime chance d'accéder à la maternité, l'étude de Franklin avec des couples qui ont suivi des traitements en procréation médicalement assistée (Franklin 1997) montre que ces femmes, avant même de débiter les traitements, sont souvent déjà résignées à l'idée de ne pas avoir d'enfant et que ce sont justement cette capacité et cette résistance à vivre avec l'idée de demeurer sans enfant qui les amènent au recours à la FIV (elles se sentent protégées d'un surinvestissement émotionnel). Ironiquement, c'est souvent l'expérience même des NTR qui produit ce désespoir lié à l'absence d'enfants.

<sup>46</sup> Par contre, d'autres auteurs dont Greil (2002), Parry (2005) et Becker (2000) insistent sur l'importance de se distancier de l'image de "la femme infertile passive" et de considérer les femmes comme des sujets capables d'agencité et d'auto-détermination.



reproductives, c'est sans doute la valeur accordée à l'idéologie du progrès et à la liberté de choix ainsi que l'essor du droit à se reproduire et à "faire famille" qui expliquent non seulement leur croissance rapide, mais aussi leur acceptation généralisée.

### **2.3.4 Droit et éthique: replacer les NTR dans un cadre critique**

Les nouvelles techniques reproductives suscitent des réactions diverses chez le grand public et dans le milieu de la recherche médicale et sociale. Ces techniques mettent en scène une multitude d'éléments contradictoires, ce qui a pour effet de déstabiliser les fondements de la critique. À ce sujet, Thompson (2001) remarque qu'il n'est donc pas étonnant que « *les critiques culturelles progressistes n'arrivent pas à décider si les NTR doivent être considérées comme une manière innovatrice de se débarrasser des vieilles catégories culturelles de l'affiliation ou si elles doivent plutôt être dénoncées comme partie intégrante de la réification hégémonique de cette même vieille manière de classer et d'évaluer les êtres humains* » (2001 : 199). D'un côté, les NTR ouvrent la voie à des formes familiales alternatives et pour ceux qui veulent défier le modèle conventionnel de la famille procréative hétérosexuelle, ces fragmentations sont entrevues positivement puisqu'« *elles révèlent les fossés et les déficiences des taxonomies existantes* » et « *ouvrent un espace dans lequel nous pouvons évaluer les limites de nos vieux paradigmes conceptuels de la maternité et de la paternité* » (Mykitiuk 2001 : 772-773). D'un autre côté, certains demeurent perplexes devant les ruptures qu'imposent les NTR dans le champ des relations parentales et filiales, comme par exemple le fait que l'assistance médicale à la reproduction soit devenue accessible aux couples lesbiens et aux femmes seules, et le fait, plus globalement, que les NTR ouvrent la porte à une véritable médecine du désir : « *L'irruption de la science et des technologies dans le domaine de la procréation humaine bouleverse profondément ce champ fondamental pour les relations entre les êtres et la pérennité de l'espèce. Combinée à l'explosion des libertés de tous ordres, elle débouche sur la procréation "sur mesure"* » (Philips-Nootens 2005 : 177-178).

Selon Gupta (2006), qui s'est intéressée à la question des PMA d'un point de vue féministe et interculturel, cette difficulté à prendre position est aussi ressentie dans le milieu féministe: certaines femmes revendiquent le droit d'accès à ces services et considèrent les NTR comme

“des nouvelles libertés” et comme un moyen d’échapper aux contraintes du “naturellement donné” alors que d’autres soutiennent que ces nouvelles technologies ré-essentialisent la femme et renforcent l’exploitation de son potentiel reproductif. Malgré l’aspect hautement sexué de la PMA et le surinvestissement du corps féminin qu’elle implique, il est surprenant de constater l’effacement progressif des positions féministes sur les questions relatives à la médecine reproductive. Les positions féministes, aujourd’hui peu visibles, ont largement cédé leur place à des débats d’ordre éthique et juridique. Cette absence peut certainement être attribuée au manque d’unité entre les différents mouvements féministes et à leur difficulté à intégrer le point de vue des femmes infertiles, elles-mêmes enclines à revendiquer un plus large accès aux NTR (Ouellette 1993 : 366).

Par contre, le caractère commercial<sup>47</sup> de la procréation assistée et l’extension de la culture de la consommation jusque dans le champ de la reproduction sont dénoncés par plusieurs auteurs: « *La culture d’entreprise en est venue à définir les services comme une réponse disponible aux préférences des clients. Dans cette optique, les traitements d’infertilité peuvent être considérés comme un service facilitant l’exercice de choix individuels* » (Strathern 1992-b : 8). Le transfert de matériaux reproductifs constitue une transaction marchande qui, dans certains cas, implique même une forme de tourisme de fertilité en raison des législations nationales qui diffèrent d’un pays à l’autre, comme dans l’exemple de la maternité de substitution, permise dans certains pays et interdite dans d’autres<sup>48</sup>. Le champ de la reproduction humaine se trouve ainsi traversé par une logique de consommation et de gestion. Comme le souligne Levine (2003) en référant à la maternité de substitution : « *la conception et la grossesse peuvent maintenant être séparées et*

---

<sup>47</sup> Gupta parle de l’apparition d’une industrie florissante de production des enfants qu’elle qualifie de “supermarché des alternatives de reproduction” (2006 : 32)

<sup>48</sup> Les lois canadiennes et québécoises qui régissent le recours aux mères porteuses ne sont pas totalement symétriques. Au Canada, un contrat de mère porteuse (contrat par lequel une femme s’engage à procréer ou à porter un enfant pour le compte d’une autre personne ou d’un couple) est permis s’il n’implique aucune rémunération. La mère porteuse doit donc agir de façon totalement volontaire et altruiste. Par contre, tous les frais reliés à la grossesse (clinique de fertilité, avocat, examens médicaux, vêtements, congés) peuvent être remboursés. Au Québec, tout contrat de mère porteuse est nul de nullité absolue, c’est-à-dire que le contrat peut exister sur papier, mais n’aura aucune valeur devant les tribunaux. La mère porteuse n’aura donc pas l’obligation légale, au moment de la naissance, de céder aux parents l’enfant qu’elle porte. La femme qui accouche est considérée comme la mère biologique, même si ce ne sont pas ses ovules qui ont été utilisés. La pratique des mères porteuses est donc illégale au Québec et le Code Civil en interdit la pratique. La juridiction fédérale ne s’applique pas au Québec, car elle empiète sur une juridiction provinciale.

*transformées en transactions commerciales et en procédures professionnellement gérées* » (2003 : 173). Plus encore, l'intrusion de nouvelles pratiques commerciales dans le champ de la reproduction, donc dans celui de la famille, vient bouleverser la "sacro-sainte" division entre les actes entrepris par amour (qui relèvent de la sphère privée) et ceux entrepris pour l'argent (qui relèvent de la sphère publique). L'idée que les familles puissent maintenant se créer tant sur le marché que dans le foyer familial constitue une dimension sensible du problème : dans un livre intitulé "*The Baby Business. How Money, Science and Politics Drive the Commerce of Conception*", Spar (2006) aborde directement cette question et montre comment, en dépit des protestations populaires et des "bons" sentiments des parents et des fournisseurs, il y a aujourd'hui un marché florissant de la reproduction, un marché qui implique la science, la loi et le commerce : « *D'un côté l'infertilité est indéniablement devenue une business; les cliniques font des profits, vendent leurs services, et se font subtilement compétition. D'un autre côté, tout l'appareil de cette structure à but lucratif est dévoué à la production d'un objectif pleinement non-commercial : un enfant* » (2006: 3), d'où un malaise généralisé face à l'idée de devoir situer la médecine reproductive dans un contexte commercial. Le danger qui découle de ces nouvelles transactions repose sur la reconnaissance éventuelle du droit à l'enfant, droit qui à son tour pose un risque réel d'objectivation de l'enfant: « *Quel est l'intérêt des "enfants du nouveau siècle" d'être forcés de voir leur "arrivance" réduite à une question de tuyauterie? [...] les risques que courent ces enfants ne relèvent pas d'abord de la sophistication de la technique médicale, mais du droit qui enregistre l'usage de cette technique dans sa forme la plus rudimentaire* » (Tahon 2004 : 147-151). Ainsi, dans le cadre des nouvelles dispositions relatives à la procréation assistée au Québec par exemple, les questionnements soulevés réfèrent principalement au déséquilibre entre liberté/volonté des adultes et droits de l'enfant: « *En se rendant aux possibilités offertes par la science, le législateur a considéré, en toute légitimité, que l'altérité sexuelle n'était plus une condition indispensable à l'établissement d'une double filiation* » (Philips-Nootens 2005 : 183).

Les critiques les plus virulentes concernant les NTR s'attaquent principalement à leurs principes d'action et aux valeurs de technicité sur le vivant qu'elles mettent de l'avant. Selon Habermas, le problème fondamental de l'intervention biotechnologique est que, contrairement à l'intervention technique de l'ingénieur qui travaille avec une nature rendue disponible et une matière sans vie, elle travaille avec de la matière vivante et changeante: « *en présence d'une matière sans vie, celui*

*qui fabrique est seul à agir par rapport au matériau passif. En présence d'organismes, l'activité rencontre l'activité : la technique biologique entre en collaboration avec l'autoactivité d'un matériau actif, avec le système biologique qui fonctionne naturellement, auquel il faut incorporer un nouveau déterminant* » (Habermas 2002 : 74). Les nouvelles technologies reproductives et biomédicales font poindre, selon l'auteur, un ensemble d'enjeux cruciaux pour l'espèce humaine : elles rendent difficile la distinction entre une intervention thérapeutique visant l'évitement d'une pathologie et une intervention eugénique qui recherche l'amélioration; elles remettent en question l'idée de la naissance comme point de départ dont on ne peut disposer; elles menacent, par le biais de l'instrumentalisation de la vie antépersonnelle (manipulation des embryons), l'équilibre identitaire et la compréhension que nous pouvons avoir de nous-mêmes dans une perspective basée sur l'éthique de l'espèce humaine (Habermas 2002). Les inquiétudes manifestées à l'égard des développements en médecine reproductive et de la recherche biomédicale dans son ensemble concernent les limites de la manipulation du vivant : « *cette capacité de transformation empirique du vivant biologique a ravalé le vivant humain à un statut de matériau de laboratoire* » (Lasvergnas 2003 : 105). Cette dernière auteur pose d'ailleurs la question : « *Saurons-nous éviter d'entrer dans l'ère de l'enfant sur mesure, dans celle de l'enfant produit fabriqué?* » (2003 : 105).

La médecine moderne, elle-même à l'origine du développement de la procréation assistée, s'est davantage employée à développer une vision instrumentale de l'anatomie humaine qu'à réfléchir aux dimensions symboliques et imaginaires du rapport de l'homme à son corps : « *À côté du corps comme support incarné du sujet se profile un corps matière, un hors-corps du corps subjectivé dont le statut est intermédiaire entre une réserve organique et tissulaire potentielle et une machine manipulable et modifiable* » (Lasvergnas 2003 : 106). À ce titre, Le Breton (2005 [1990]) reproche à la médecine moderne d'avoir, dans l'élaboration graduelle de son savoir-faire, négligé le sujet et son histoire, son milieu social, son rapport au désir, à l'angoisse, à la mort, pour ne considérer que « le mécanisme corporel » (2005 [1990] : 187). En abordant plus précisément le domaine de la médecine reproductive, l'auteur poursuit la même logique : « *La PMA produit une volonté d'ingérence sur toutes les séquences de la reproduction humaine [...]* De même que le corps est envisagé comme un ensemble de pièces, la plupart d'entre elles

*substituables, les différentes séquences organiques qui définissent la maternité sont à leur tour dissociées, reconstituées par l'intervention médicale* » (Le Breton 2005 [1990] : 253- 243).

En négligeant les aspects symboliques et sacrés de la maternité, de la reproduction et du désir d'enfant<sup>49</sup>, la médecine n'interroge l'infertilité que sur son versant organique et ignore complètement les explications psychiques reliées à plusieurs cas de stérilité (Le Breton 2005 [1990] : 244). Ainsi, la procréation artificielle, que Tort (1992) qualifie de “désir froid”, fait apparaître comme émanant de la liberté individuelle les finalités de l'expérimentation biomédicale : selon l'auteur, le savoir biomédical entretient un système de dénégation qui consiste d'une part, à présenter l'offre médicale comme la réalisation même du vœu profond du désir des patients et, d'autre part, à ignorer les risques d'exploitation psychique et la complexité des motifs de ceux (particulièrement les donneurs et les mères porteuses) qui acceptent de se prêter à de telles expériences (Tort 1992 : 318-319).

Alors que la procréation artificielle fait l'objet de certaines réserves chez le grand public<sup>50</sup>, il est paradoxal de constater, non seulement que son acceptabilité médicale est rapidement renouvelée, mais également que les médecins continuent de répondre à des questions qui dépassent de loin le niveau médical et technique (Tort 1992 : 304). À ce jour, les médecins et cliniciens jouissent d'une grande liberté dans le domaine relatif à la réglementation et l'application des NTR. Price (1999) constate que les cliniciens sont des acteurs centraux dans l'espace de la procréation assistée; ils se trouvent non seulement dans une position de médiation par rapport aux équipements techniques, mais ils doivent aussi servir d'intermédiaires et d'intervenants dans différents types de relations pour lesquels ils n'ont pas toujours les compétences requises (Price 1999). Plusieurs auteurs constatent que la médecine, dans le champ de la reproduction, s'écarte

---

<sup>49</sup> Sur l'invasion de la dimension scientifique de la reproduction aux dépens de sa dimension symbolique, Delaisi de Parseval et Verdier ajoutent : « *Prendre corps, passer de la rencontre des gamètes masculins et féminins au stade d'embryon, puis à celui de fœtus, à celui de nouveau-né enfin, sont des passages symboliques, même si, à l'heure actuelle, ils ont une apparence scientifique* » (1994 : 31)

<sup>50</sup> Il semble que les réserves de la population envers la procréation médicalement assistée concernent moins les pratiques courantes de la PMA (stimulation ovarienne, insémination artificielle, fécondation in vitro (FIV)) que les excès possibles issus de ces mêmes pratiques, comme la congélation ou le don d'embryons, l'implantation d'un nombre trop élevé d'embryons, l'implantation post-mortem (c'est-à-dire l'implantation d'embryons congelés après la mort du conjoint). Le recours à la mère porteuse demeure aussi une méthode largement controversée.

de son champ habituel d'action. Ils critiquent le fait que la médecine soit amenée à prendre soin d'un projet global : « *En légiférant sur les techniques d'assistance médicale à la procréation, le droit accepte implicitement de parler d'une médecine dont la fonction est tout à fait inhabituelle. [...] Il est aujourd'hui devenu possible de considérer la médecine comme "prestataire de service" en réponse à une demande de satisfaction d'un projet personnel* » (Cadoré 1996 : 4-5).

Le droit se trouve ainsi interpellé à différents niveaux et se voit attribuer la tâche délicate et ambiguë d'encadrer et de normaliser le désir d'enfant, mais aussi de concilier des libertés contradictoires : considérant que les définitions de "parents" peuvent devenir incroyablement complexes avec les NTR puisqu'elles impliquent une augmentation du nombre de combinaisons possibles<sup>51</sup>, le droit se voit dans l'obligation de clarifier les droits et responsabilités de chacun vis-à-vis de l'enfant à naître. Selon Baudoin et Labrusse-Riou (1987), il doit aussi rappeler que les droits de l'enfant constituent la limite du droit à l'enfant et que même si « *la procréation artificielle avive l'espérance de la naissance chez les couples infertiles et rend plus difficile le renoncement à l'enfant, elle n'engendre pas pour autant un droit, car ni les médecins, ni les tiers donneurs ne sont tenus et ne doivent être tenus de satisfaire positivement le désir d'enfant* » (1987 : 156). La tendance actuelle privilégiée par la médecine reproductive néglige l'aspect social de la reproduction et tend à oublier que produire des enfants concerne l'ensemble de l'ordre social. Les NTR s'articulent dans un domaine où la médecine doit d'abord être entrevue comme un outil nécessaire à une fin qui elle n'est pas médicale: « *si intimement privé qu'il soit dans l'acte premier de son exercice, le droit à la descendance concerne éminemment, dans sa réussite, la communauté à laquelle il ajoute de nouveaux membres* » (Jonas 2005 : 169). Pour ce dernier auteur, le droit à la descendance (ou encore le droit de se reproduire) est lié à la capacité naturelle de l'exercer et en l'absence de celle-ci, « *il ne demeure à proprement parler que le droit à la satisfaction d'un désir, et ce droit, au vu de ce qui le lie à d'autres personnes, est un droit très faible* » (2005 : 183). Pourtant, les points de vue de ces auteurs critiques trouvent très peu d'écho dans le grand public qui, lui, continue de situer la reproduction et la famille dans un cadre

---

<sup>51</sup> Robinson et Miller (2004) dresse un portrait exhaustif des combinaisons possibles.

individuel et de considérer l'accès aux méthodes reproductives comme un choix personnel justifié<sup>52</sup>.

---

<sup>52</sup> En septembre 2008, alors que le gouvernement se positionnait contre le financement de la fécondation in vitro, le Ministre de la santé de l'époque, M. Couillard, avait déclaré lors d'un reportage télévisuel qu'avoir un enfant n'était pas un droit et que le gouvernement n'avait pas à financer tous les traitements en infertilité. Sa déclaration avait soulevé les passions, plusieurs le jugeant insensible à la situation des couples infertiles et totalement dépourvu de compassion.

## 2.4 L'adoption

Considérée comme le plus vieux remède à l'infertilité d'un homme et d'une femme, l'adoption<sup>53</sup>, au même titre que les NTR, demeure révélatrice des valeurs et des positions idéologiques d'une société vis-à-vis les questions de parenté et de filiation. Dans le contexte adoptif, la filiation repose sur une présomption affective et résulte d'un jugement : c'est la loi qui crée artificiellement, à la demande d'une personne ou d'un couple, un rapport de père et/ou de mère à l'enfant. D'un point de vue anthropologique, Cadoret (2009) définit l'adoption comme "un transfert d'enfant d'une unité sociale à une autre", transfert qui lui-même implique une dimension morale et politique (puisqu'il impose l'obligation de définir ce qu'est une "bonne famille" et ce qu'est une "famille déficiente") et une dimension politico-administrative (puisqu'il nécessite la mise en place de procédures assurant le transfert d'enfant) (Cadoret 2009 : 173).

L'adoption opère comme « *une porte d'entrée privilégiée de la problématique de la filiation car elle agit comme un révélateur des conceptions, des valeurs et des normes qui, dans les sociétés occidentales, président à la formation des familles et à l'accueil des nouvelles générations* » (Ouellette 2005-a : 113). En ce sens, les transformations profondes que connaît l'institution de l'adoption depuis quelques décennies dans les sociétés occidentales témoignent des changements parallèles vécus en regard de la parenté, de la famille, de l'enfant et de la filiation: « *les conversations sur l'adoption ne sont pas seulement un indice, mais aussi une cause de changement dans les idéologies de la parenté, de la famille et de l'identité* » (Modell 2002 : 18). Pendant longtemps, les anthropologues ont peu abordé la question des formes familiales issues de l'échange et du transfert d'enfants dans les sociétés euro-américaines<sup>54</sup>. Par le fait même, ils ont eu tendance à ignorer l'importance de l'adoption en tant que phénomène social et culturel. En ce qui a trait à la recherche sur l'adoption et au fait qu'elle ait été plus souvent abordée à l'aide de modèles explicatifs individuels, Wegar (2000) soutient que c'est surtout la dichotomie entre "troubles privés" et "enjeux publics" qui a conduit les études sur l'adoption à privilégier un angle clinique ou psychologique (2000 : 364). Pourtant, l'étude de l'adoption, en tant que

---

<sup>53</sup> Adopter vient du mot latin "optare", lequel signifie "choisir" : adopter c'est donc décider de prendre légalement pour fils ou fille, c'est s'engager de manière volontaire à être parent (Duboc 2008).

<sup>54</sup> Notons tout de même les contributions d'auteurs pionniers en anthropologie sur les questions relatives à l'adoption : Carroll (1970); Brady (1976); Goody (1982); Goody (1969)



« *processus de procréation non biologique, est pertinente à la discipline, d'autant plus que la sémantique et la valeur accordée au biologique persistent en arrière-plan du phénomène* » (Howell 2001 : 204).

#### **2.4.1 L'adoption : conceptions “variées” et pratiques changeantes**

L'adoption, contrairement aux nouvelles technologies reproductives, a une longue histoire en Occident. Tantôt légale, tantôt interdite, l'adoption s'est passablement transformée au fil des siècles: « *Plusieurs fois modifiées, les procédures de l'adoption reflètent toujours les valeurs et les convictions d'une époque qu'elles influencent en retour, tout en conservant des “fossiles” des législations précédentes* » (Delaisi de Parseval et Verdier 1994 : 99). Dans l'Antiquité, la visée principale de l'adoption était de pallier à l'absence de descendance; elle permettait alors à un homme sans fils légitime de transmettre son nom et de pérenniser sa maison. L'institution même de l'adoption avait alors pour principale finalité la reproduction du corps social. À la fin de l'époque romaine<sup>55</sup>, et plus radicalement encore durant le Moyen-Âge, l'influence du christianisme provoque une rupture dans les pratiques traditionnelles reliées au mariage et à l'adoption: « *C'est l'Église qui a élaboré, au fil des siècles, par le biais de la sacralisation du mariage, les fondements de notre vision de la procréation selon laquelle l'enfant est nécessairement l'œuvre de la rencontre entre le mari et la femme, dont la relation est obligatoirement sanctifiée par le mariage* » (Mécary 2006 : 8). Ainsi l'Église, motivée par un désir d'imposer l'idée que seule la nature “pratiquée” dans le cadre du mariage peut donner un fils, interdit les mariages entre proches ainsi que l'adoption. Selon Goody (2001), l'interdiction d'adopter repose en partie sur le fait qu'en restreignant les possibilités pour un individu ou un couple d'établir une descendance, l'Église se plaçait en bonne position pour être désignée comme héritière.

Développée en Europe, au 16<sup>ième</sup> siècle, la valorisation de l'idéologie du sang a elle aussi, selon Fine (2000-a), contribué au renforcement de la norme d'exclusivité du modèle de la reproduction biologique et de la méfiance des sociétés occidentales à l'égard de l'adoption. Par contre, comme le rappellent Fine (1994) et Fine et Martial (2010), malgré la quasi-disparition de l'adoption dans

---

<sup>55</sup> Pour l'adoption en contexte romain voir Corbier (1999 : 5-41).

l'Europe chrétienne, la valeur du lien créé par le baptême rappelle l'existence d'une parenté sociale: « *En distinguant parenté spirituelle et parenté charnelle, l'Église "naturalise" la seconde qui met en jeu la reproduction sexuée et confère à la première une valeur sacrée, garantissant ainsi son rôle social* » (2010 : 126).

L'impossibilité de pratiquer l'adoption a créé une situation paradoxale qui a amené l'Église elle-même à devoir prendre en charge plusieurs des hospices ouverts pour accueillir les enfants abandonnés qui ne pouvaient être adoptés: « *La disparition complète de l'adoption pendant des siècles qui est une procédure juridique et publique, a eu d'importantes conséquences pratiques, et on lui attribue notamment l'extraordinaire développement de l'abandon d'enfants dans plusieurs pays européens* » (Goody 2001 : 69). Par la suite, ce n'est qu'au 20<sup>ème</sup> siècle, particulièrement suite à la 1<sup>ère</sup> Guerre mondiale, que l'adoption refait surface; elle permet alors de prendre en charge les nombreux orphelins de guerre. Le phénomène de l'adoption internationale connaît quant à lui un développement plus tardif et ne prend véritablement son envol qu'au cours des années 1960 et 1970, suite aux guerres de Corée et du VietNam. Les objectifs et les motivations sous-jacentes à l'adoption ont donc connu au fil des siècles et des décennies des transformations profondes; d'abord entrevue comme une façon de pallier à l'absence de descendance, elle apparaît ensuite comme une solution au problème des naissances illégitimes. Puis, avec le développement de l'adoption internationale, l'adoption s'inscrit dans un premier temps dans cette même logique d'humanisme, voire de "sauvetage", mais tend de plus en plus par la suite à se déplacer vers un espace dominé par des motivations davantage centrées sur le désir d'enfant<sup>56</sup>.

Au Québec<sup>57</sup>, l'adoption représente une pratique soumise pendant plusieurs années à l'influence de l'Église catholique et, plus récemment, à l'autorité de l'État<sup>58</sup>. Avant même qu'elle ne soit

---

<sup>56</sup> À cet égard, le chapitre 6 (voir plus particulièrement les sections 6.1.1-a et 6.2.2-b) est révélateur de ce nouveau type de motivations lié à l'adoption, les parents ayant tendance à se distancier d'une conception humanitaire de l'adoption.

<sup>57</sup> Dans un article qui s'intéresse à l'histoire de l'adoption au Québec et qui porte plus précisément sur l'adoption d'enfants illégitimes nés au Québec entre 1940 et 1975, Collard (1996) montre bien le caractère flexible de la parenté et la co-existence de diverses représentations du lien filiatif: « *Entre les idéologies de la consanguinité, de la parenté spirituelle (celle de la famille chrétienne), et de l'adoption, le champ local de la parenté n'était pas totalement unifié, ce qui laissait place à plusieurs interprétations concernant le lien de filiation* » (Collard 1996 : 61).

légalement reconnue en 1924<sup>59</sup>, l'adoption constituait déjà une pratique informelle courante: « *tant en Nouvelle-France que sous le Régime anglais, l'adoption et le placement d'enfants abandonnés dans des réseaux de parenté ou de familles connues étaient des pratiques courantes* » (Goubau et O'Neill 2002 : 98). Ce sont principalement la surpopulation dans les crèches et le nouveau mouvement en faveur des droits de l'enfant qui ont favorisé la mise sur pied d'un cadre législatif en matière d'adoption. Retenons également les dates de 1969 et 1980 comme années charnières dans l'évolution historique de l'adoption au Québec. En 1969, la loi de 1924 est réformée en profondeur : les conditions d'adoption sont assouplies et on permet désormais l'adoption d'enfants mineurs naturels ou légitimes. Quant à l'année 1980, elle correspond à l'année de l'abolition de la distinction entre enfants légitimes et enfants illégitimes : cette nouvelle loi établit l'égalité entre tous les enfants sans égard aux circonstances de leur naissance. Le modèle de l'adoption plénière a toujours dominé (sur le plan légal) le champ de l'adoption au Québec et au Canada<sup>60</sup>. Depuis 1924, l'adoption de type plénière a toujours été favorisée et s'est trouvée à être appliquée à tous les cas d'adoption sans exception, quels que soient l'âge de l'enfant, son passé familial et les circonstances de son abandon (Ouellette 1998). Cette forme d'adoption permettait d'effacer toute trace d'illégitimité de l'enfant et agissait à titre de garantie contre toute revendication possible des parents biologiques : « *on considérait généralement que l'évacuation complète de la famille d'origine ainsi que le secret des dossiers*

---

<sup>58</sup> « *L'État a repris entièrement à son compte, en la formalisant et en l'accroissant, la fonction de régulation de la circulation extra-familiale des enfants qui avait été jusque-là exercée par les familles, les autorités religieuses et les sociétés de bienfaisance* » (Ouellette 2004 : 273). L'auteur ajoute que c'est justement l'interposition de l'État, dans le système québécois, qui rend impensable l'idée de considérer le transfert adoptif comme un don d'enfant : « *l'interposition de l'État stérilise l'échange en limitant l'autonomie des parties et en leur interdisant d'entrer en relation directe* » (2004 : 284).

<sup>59</sup> La loi de 1924 fera l'objet, dès son entrée en vigueur, de critiques vigoureuses tant de la part des membres du clergé et du monde juridique que de la presse catholique. Les critiques de l'époque considéraient qu'une loi adéquate ne devait s'appliquer qu'aux enfants illégitimes ou aux enfants sans famille, afin de respecter le principe de la puissance paternelle qui est de « *droit divin et de droit naturel* ». La loi fut donc modifiée et remaniée de façon substantielle dès 1925. En ne permettant plus l'adoption des enfants légitimes qui ont encore leurs parents, la législation structure le système de l'adoption dans un cadre strict et rigoureux, l'éloignant ainsi de sa finalité première, soit l'intérêt véritable des enfants abandonnés (Goubau et O'Neill 2002).

<sup>60</sup> Il est difficile d'étudier l'adoption dans une perspective pan-canadienne : comme l'adoption relève des instances gouvernementales provinciales, elle présente des variantes inter-provinciales notables sur les plans historique et structurelle: « *l'étude exhaustive de l'adoption au Canada implique l'analyse et la comparaison d'une douzaine de systèmes qui ont leurs caractéristiques propres* » (Goubau 2000 : 63). Pour plus d'informations sur l'adoption dans les provinces canadiennes anglophones, voir l'ouvrage de V. Strong-Boag (2006) intitulé : *Finding Families, Finding Ourselves: English Canada Encounters Adoption from the 19<sup>th</sup> Century to the 1990s*

*constituaient des conditions essentielles de réussite du processus d'adoption, c'est-à-dire de bonne intégration de l'enfant dans sa famille adoptive* » (Goubau 2000 : 64).

L'adoption plénière implique pour l'adopté l'établissement d'une nouvelle filiation qui se substitue à celle établie à sa naissance. L'émission d'un nouvel acte civil sur lequel les noms des parents biologiques sont remplacés par ceux des parents adoptifs confirme le caractère définitif et irréversible de l'adoption plénière : « *Il n'existe pas au Québec, de dispositions législatives qui permettraient, dans certains cas, de moduler les effets de l'adoption de manière à ce que la nouvelle filiation s'ajoute à la première sans l'éteindre* » (Ouellette 1996 : 14). La tendance à l'ouverture qui pénètre actuellement les pratiques liées à l'adoption<sup>61</sup> constitue paradoxalement un mouvement de retour aux pratiques traditionnelles antérieures aux législations, moment où les familles pratiquaient l'adoption, l'échange et la prise en charge d'enfants de manière plus informelle et sans tirer un trait sur le passé de l'enfant. Selon Fine (2008), trois facteurs ébranlent aujourd'hui les fondements de l'adoption plénière: l'origine étrangère de la majorité des adoptés (rend l'adoption visible), la pénurie relative des enfants adoptables (rend plus fréquente l'adoption d'enfants plus âgés) et le développement de l'adoption ouverte sous la pression de groupes d'adoptés.

Pourtant, l'adoption plénière n'est pas la forme la plus répandue de transfert d'enfant, au contraire : « *de la cession momentanée de la progéniture à la coupure radicale, irréversible entre géniteurs-rejeton, il est une infinité d'étapes intermédiaires, de formules composites, de compromis ingénieux. Précisons d'ailleurs que peu de sociétés ont institué la draconienne séparation et la substitution d'identité qui caractérisent l'adoption plénière occidentale* » (Lallemand 1993 : 48). Cette dernière auteure nous rappelle que beaucoup de sociétés ont pratiqué et pratiquent encore le prêt ou le don d'enfant et que les pourcentages d'individus élevés par d'autres personnes que leurs géniteurs varient énormément d'un pays et d'une population à l'autre: les prêts-dons d'enfants dans la famille étendue constituent une pratique très peu prisée

---

<sup>61</sup> Par exemple, l'avant-projet de loi sur l'adoption (discuté dans le premier chapitre), s'il se concrétise, introduira de nouvelles formes d'adoption et de prise en charge de l'enfant : en effet, il propose l'introduction de l'adoption ouverte (régie par des ententes de communication) et de l'adoption sans rupture du lien de filiation d'origine (forme d'adoption inspirée de l'adoption simple déjà existante en France et qui légalise la double appartenance filiative et familiale de l'enfant).

en Occident mais prônée ailleurs dans le monde pour sa capacité à résoudre divers problèmes de société comme: le rééquilibrage des inégalités de fertilité de couples apparentés; la recherche de meilleurs rendements éducatifs ou professionnels de la progéniture chez les collatéraux, voire chez les alliés; le vieillissement ou la situation de dénuement de consanguins auxquels on remet des enfants pour leur venir en aide (Lallemand 2004 : 299). Par exemple, Goody (1969) a mis en évidence les différences entre les types d'adoptions pratiquées en Europe et en Asie et ceux privilégiés dans les sociétés africaines, selon les pratiques de succession et de transmission des biens. Dans bien des cas, les pratiques d'adoption en Afrique et en Océanie, « *n'ont pas nécessairement pour fonction de pallier la stérilité des couples ou le manque de famille des orphelins : elle sont des dons d'enfants entre familles pour exprimer et renforcer les liens d'amitié déjà existants entre les donateurs et les donataires* » (Fine 2000-a : 12). Globalement, les représentations sur la circulation des enfants, sur le fosterage et sur l'adoption<sup>62</sup> sont elles-mêmes étroitement liées aux différentes conceptions de la parenté et de la filiation. Si la transformation de l'identité de l'enfant n'est pas exceptionnelle dans l'adoption, le fait de remplacer complètement un parent biologique par un parent social est quant à elle une pratique plutôt inhabituelle. Comme le souligne Modell (2002), « *aucune autre culture que la culture occidentale n'a travaillé aussi "fort" pour persuader l'adopté de l'inévitabilité et des bienfaits de l'adoption* » (2002 : 177).

#### 2.4.2 Entre le biologique et l'électif

Il est intéressant de constater qu'au même titre que les représentations liées à la parenté, celles liées à l'adoption, dans nos sociétés occidentales, hésitent entre la valorisation des liens de sang et la force de l'électivité. Le milieu de l'adoption entretient donc lui aussi sa part de contradictions entre les liens biologiques d'apparentement et ceux basés sur l'investissement personnel et la volonté. Sur le plan légal, la préférence des sociétés occidentales pour l'adoption plénière trouve son assise dans le modèle généalogique<sup>63</sup> basé sur la reproduction sexuée et sur

---

<sup>62</sup> Goody (1982) est la première à proposer une **distinction entre adoption et fosterage** : le fosterage n'impliquerait pas de changement d'identité, ni même (dans la plupart des cas), de localité géographique. Il s'agit principalement d'une opération réversible dans laquelle les parents gardent une part de droits et de devoirs sur l'enfant concédé. L'adoption quant à elle présente un cadre transactionnel beaucoup plus rigide; le transfert des droits du géniteur au tuteur est définitif et le changement de statut et même d'identité de l'enfant gomme sa première appartenance.

l'exclusivité des liens filiatifs : « *Le choix du législateur québécois de ne retenir que l'adoption plénière reflète le modèle généalogique qui donne sa trame à notre système symbolique de parenté [...] Il propose ainsi un idéal familial de consanguinité en définissant la parenté en référence au processus naturel de la reproduction biologique. [...] Un tel modèle n'accepte pas les situations de double affiliation et les cumuls d'identité* » (Ouellette 2005-a : 115). Par exemple, l'adoption internationale, dans la majorité des cas, implique pour les adoptants un désinvestissement de la dimension biologique de la parenté puisque l'absence de lien biologique entre le parent et l'enfant est rendue visible par la différence physique. D'autre part, ce type d'adoption continue de préconiser un lien filiatif exclusif : « *Cette aisance à remettre en question la primauté des liens du sang ne signifie cependant pas que ces adoptions se réalisent en marge du modèle familial dominant. Au contraire, les parents adoptifs revendiquent toujours un lien exclusif avec leur enfant* » (Ouellette 2005-a : 120).

Le paradoxe principal de l'adoption plénière en contexte occidental repose sur le fait qu'elle met en scène deux tendances contradictoires: d'une part, elle reproduit une logique d'exclusivité calquée sur un modèle de filiation basé sur les liens du sang (l'adoption plénière se trouve à imiter la reproduction biologique). D'autre part, elle omet de prendre en compte que ce sont ces mêmes valeurs liées à l'apparement biologique et aux liens de sang qui mettent les adoptés dans une position délicate sur le plan identitaire et qui sont à la source de multiples revendications relatives au droit à connaître ses origines (Ouellette 1996). Alors que sur le plan légal, le droit ne reconnaît pour l'instant que cette seule forme d'adoption (qui efface les origines de l'enfant), sur le plan culturel, les liens biologiques sont considérés comme des liens inaltérables et intrinsèques à chaque individu (Homans 2007, Volkman 2005, Bowie 2004). Par le fait même, les familles adoptives se trouvent dans une situation où elles doivent négocier leur position fragile entre deux pôles; entre la différence et la similitude, entre l'absence de lien biologique et la présence de lien affectif<sup>64</sup>. Encore une fois, cette dialectique demeure

---

<sup>63</sup> Sur le modèle généalogique : « *Ce modèle dicte une logique idéale d'établissement des filiations selon laquelle chaque individu est issu de deux autres individus d'une génération ascendante et de sexe différent qui l'auraient en principe conjointement engendré, ses père et mère* » (Ouellette 1998 : 157).

<sup>64</sup> Pour pallier à la difficulté que peut représenter le fait d'avoir à inclure un étranger dans la sphère de la parenté, les parents adoptifs ont, selon Howell, recours à une série de mesures qui visent à intégrer l'enfant dans un réseau de parenté plus large. L'auteur désigne ce processus sous le vocable de "kinning", lequel réfère aux efforts mis de l'avant par les parents adoptifs pour faire de leur enfant adopté un apparenté (Howell 2003: 465).

caractéristique des sociétés occidentales; le rapport au biologique et au social est vécu différemment par d'autres sociétés qui ignorent l'aspect binaire de cette équation et privilégient une parenté additive à une parenté substitutive (Collard, Lavallé et Ouellette 2006). Considérant la prépondérance du principe du meilleur intérêt de l'enfant dans les agences d'adoption, Cadoret (2009) se demande si une conciliation des systèmes et des habitus de parenté entre pays donneurs et pays receveurs ne serait pas justement plus adaptée aux besoins de l'enfant et plus respectueuse de ses droits et de son bien-être.

En contexte d'adoption, l'emphase mise sur les relations biologiques et génétiques comporte des enjeux parfois contradictoires. Certes, la génétique valorise l'unité de la nature humaine et accentue l'idée que nous formons une seule et même famille : par contre, savoir que l'on n'est pas directement et biologiquement apparenté à ses parents entretient l'idée d'une parenté fictive (Bowie 2004 : 16). Selon Howell, ces mêmes messages contradictoires peuvent être relevés dans les discours des agences d'adoption: d'un côté, les parents sont invités à passer à travers un "processus de grossesse" qui les mènera à la naissance<sup>65</sup> de leur enfant adoptif et d'un autre côté, l'enfant est présenté comme étant le résultat de sa culture d'origine, laquelle se trouve étroitement associée à sa singularité identitaire (2001 : 217). Selon l'auteur, les paradoxes qui entourent l'adoption internationale sont majoritairement résolus par les parents à travers la création de pratiques discursives hybrides (Howell 2001 : 220).

Au cours des dernières décennies, un mouvement social d'acceptation et d'ouverture a fait en sorte d'atténuer le caractère secret et relativement honteux de l'adoption et a permis de situer celle-ci à l'intérieur de nouvelles représentations sociales de la famille et de l'enfant. Tous les cas d'adoption dans les sociétés occidentales actuelles (adoption de l'enfant du conjoint, adoption par des couples homosexuels, adoption internationale, adoption interne) mettent de l'avant des valeurs d'engagement personnel et d'investissement affectif qui tendent à s'éloigner de l'organisation généalogique de la parenté et de la filiation: « *Les discours contemporains sur la famille se désintéressent des enjeux de l'alliance et de la filiation pour se concentrer*

---

<sup>65</sup> À ce sujet l'auteur explique comment, en créant une grossesse symbolique, les parents normalisent leur expérience et font comme s'ils partageaient des liens de sang avec l'enfant : « *En ce sens, l'adoption confirme tout autant qu'elle change les paramètres des bases biologiques de la famille et de la parenté. [...] Tout indique que les familles adoptives recréent les idéaux inscrits dans les valeurs culturelles des relations biologiques; elles le font consciemment et en accommodant leurs propres besoins* » (Howell 2001 : 208).

*exclusivement sur les dimensions relationnelles de la ‘‘conjugalité’’ et de la ‘‘parentalité’’ [...] La relation adoptive dans laquelle les adoptants s’engagent volontairement est valorisée en tant que choix autonome et poursuite d’un idéal de réalisation personnelle centrée sur un enfant à protéger et à aimer » (Ouellette 2000-b : 332-333). En ce sens, la famille adoptive apparaît comme la parfaite incarnation de la famille moderne basée sur le choix et l’affection.*

La législation, quant à elle, priorise la fiction et reproduit les principes généalogiques; elle transforme radicalement le statut de parenté de l’enfant et reproduit les signes de la relation biologique en inscrivant la nouvelle filiation de l’enfant dans un cadre d’exclusivité. En ce sens, elle rend impossible la distinction de la famille adoptive; le caractère construit de la famille se trouve effacé et l’enfant adopté, sur le plan légal, est associé à ses parents adoptifs comme s’il était leur enfant biologique. Paradoxalement, l’importance de la nature est rendue visible par le copiage du ‘‘comme si engendré’’ et par les efforts déployés pour faire disparaître le parent naturel. Ainsi, l’insistance sur l’idée que la nature peut être dépassée par la parenté adoptive a fait en sorte, selon Modell, de rendre le ‘‘biologique’’ encore plus présent aux yeux des participants à l’adoption (2002 : 186). Malgré la persistance de l’adoption plénière, celle-ci étant la seule forme d’adoption légalement reconnue (pour l’instant) au Québec et dans plusieurs pays occidentaux<sup>66</sup>, les pratiques liées à un type d’adoption plus ouverte se multiplient et gagnent en crédibilité : *« l’adoption ouverte vise le maintien de certains liens ou contacts post-adoption, de quelque nature que ce soit, entre l’enfant et sa famille biologique »* (Goubau et Ouellette : 2006 : 20).

Selon Goubau (2000), plusieurs phénomènes ont contribué à cette tendance vers un modèle d’adoption davantage conçu comme un projet concerté : la diminution considérable du nombre d’enfants adoptables et le renversement dans l’équilibre des pouvoirs<sup>67</sup>; la reconnaissance de

---

<sup>66</sup>À titre d’exception, mentionnons le cas de la France, pays dans lequel l’adoption plénière côtoie l’adoption simple (reconnaissance d’une double filiation). Dans un livre intitulé *L’enfant, sa famille et les institutions de l’adoption. Regard sur le droit français et québécois de l’adoption*, Lavallée (2005-a) présente une comparaison détaillée du droit en matière d’adoption dans les deux pays.

<sup>67</sup> En ce qui a trait au renversement de l’équilibre des pouvoirs, mais dans une perspective plus précisément centrée sur l’adoption internationale, il semble pertinent de noter que l’arrivée à l’âge adulte de milliers d’adoptés internationaux risque à son tour de forcer de nouveaux questionnements. Cette nouvelle situation est d’ailleurs abordée par Cherot (2009): l’auteur s’est intéressée à l’activisme de la communauté des adoptés vietnamiens aux États-Unis (nés durant la guerre du Vietnam et adoptés par des couples américains), lesquels revendiquent le droit de



l'importance des questions identitaires dans le cadre de l'adoption et l'idée que le secret est destructeur pour l'enfant; le fort mouvement social en faveur du droit à la connaissance de ses origines et la préoccupation généralisée pour l'intérêt de l'enfant. Selon Modell (2002), l'adoption ouverte<sup>68</sup> permet un transfert d'enfant plus équitable qui lie les adultes dans un engagement réciproque basé sur l'échange et la rencontre et qui respecte le droit des enfants à connaître leur histoire. Chose certaine, l'adoption ouverte défie les conceptualisations traditionnelles de la famille et de la parenté et remet directement en question les principes d'anonymat et de confidentialité qui ont accompagné l'institution de l'adoption au cours du dernier siècle : « *L'enjeu de la reconnaissance légale des ententes d'ouverture est important car cela revient à admettre que la rupture totale des liens, fondement de l'adoption plénière, peut être mise en question* » (Goubau 2000 : 84). Dans la pratique, certaines ententes prises entre les participants à l'adoption vont dans le sens de l'ouverture et du maintien de certains liens<sup>69</sup>. Par contre, la loi, fondée sur les principes de l'adoption plénière, ne reconnaît pas juridiquement les engagements entre partis: « *Les pratiques actuelles d'adoption ouverte mettent en lumière l'écart considérable qui existe entre la réalité concrète de l'adoption et les normes juridiques qui l'encadrent* » (Goubau et Ouellette 2006 : 25)

### 2.4.3 L'adoption et le principe du meilleur intérêt de l'enfant

Si l'adoption demeure créatrice d'un lien de filiation au sens strict, elle s'inscrit de moins en moins dans une démarche d'identification et de transmission au sein des générations : comme le souligne Neirinck, « l'adoption est sortie du lit de la filiation pour se couler dans celui de la parentalité » (2000-a : 343). Par contre, l'adoption continue de s'articuler à des règles filiatives et

---

raconter leurs histoires de vie, et ce en dépit du fait qu'elles puissent défier, perturber ou ultimement favoriser la réécriture des versions populaires de cet épisode critique de l'histoire américaine.

<sup>68</sup> Le concept « d'adoption ouverte » (*open adoption*) est pluriel et les pratiques qu'il recouvre sont multiples: échanges d'informations non-identifiées entre parents de naissance et parents adoptifs; rencontres face-à-face sans échange de noms; échanges de photographies, de lettres et de noms; contact entre parents de naissance, parents adoptifs et dans certains cas, enfant adopté. (Modell 2001 : 246)

<sup>69</sup> Dans une enquête effectuée sur le type d'adoption à préconiser, 85% de Canadiens pensent que l'adoption fermée et confidentielle devrait continuer d'être disponible dans les cas où les parents adoptifs ne désirent pas avoir de contacts avec les parents de naissance : par contre, 77% approuvent l'échange de cartes et de lettres entre adoptés et parents de naissance et la majorité supporte l'adoption ouverte, dépendamment du degré d'ouverture (Miall et March 2002).

à des normes juridiques qui mettent en évidence sa double finalité; servir et protéger les intérêts de l'enfant par la création d'un nouveau lien de filiation.

Les décisions juridiques liées à l'adoption (dans les pays occidentaux) sont elles-mêmes issues d'un contexte où la conception de l'enfant s'est radicalement transformée : « *Autrefois simple maillon de la chaîne dans la transmission de la vie, l'enfant se voit aujourd'hui investi d'un rôle identitaire à l'égard des adultes* » (Lavallée 2005-b : 210). Ces nouvelles conceptions de l'enfant et de l'enfance ont donné naissance à une logique de protection de l'enfant sur laquelle se basent les décisions relatives à l'adoption : l'intérêt supérieur de l'enfant, comme condition de toute adoption, est ainsi devenu un des grands principes fixés au niveau international par la Convention internationale sur les droits de l'enfant (CIED) et par la Convention de La Haye sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (CLH)<sup>70</sup>. Cette dernière, adoptée en 1993 par 62 états (le Canada l'a signée en 1994, ratifiée en 1996 et mise en vigueur en 1997), « *visait à créer un instrument multilatéral qui définirait certains principes de fond pour la protection des enfants, établirait un cadre juridique de coopération entre les autorités des États d'origine et des États d'accueil et unifierait les règles de droit international privé en matière d'adoption internationale* »<sup>71</sup>. À travers ces deux conventions, la conception de l'adoption s'est modifiée pour devenir presque exclusivement un mode de protection des enfants abandonnés, au détriment d'une conception de l'adoption attributive d'un lien de filiation (Collard, Lavallée et Ouellette 2006).

La Convention de La Haye établit les responsabilités respectives des pays donneurs et des pays receveurs : le respect des conditions d'admissibilité de l'enfant à l'adoption relève des pays d'origine alors que les preuves relatives aux exigences requises pour les adoptants sont à la charge des pays d'accueil. Ainsi, les pays donneurs ont le devoir de s'assurer que les parents de naissance comprennent et acceptent les implications liées au fait de céder leur enfant en adoption (comme la rupture définitive du lien de filiation). Cette Convention internationale engage

---

<sup>70</sup> À titre indicatif, mentionnons qu'en 2008, sur la totalité des adoptions internationales réalisées au Québec, 52% impliquaient des pays ayant mis en œuvre la Convention de La Haye, alors que 48% concernaient des pays où la Convention ne s'appliquait pas (Secrétariat à l'adoption internationale).

<sup>71</sup> Voir sur le site officiel de *La Conférence de La Haye de droit international privé* dans la section "Espace adoption internationale" : [http://hcch.e-vision.nl/index\\_fr.php?act=text.display&tid=45](http://hcch.e-vision.nl/index_fr.php?act=text.display&tid=45)

également les pays signataires à collaborer pour conserver les informations sur les origines des enfants adoptés et pour leur en assurer l'accès, une mesure qui témoigne de la préoccupation grandissante pour les droits des adoptés internationaux à connaître leurs origines et qui laisse présager une multiplication des retrouvailles internationales<sup>72</sup>. De plus, la Convention maintient la pratique de l'adoption internationale au-delà des alternatives locales, mais proclame le droit de l'enfant à demeurer avec sa famille d'origine : un enfant abandonné doit d'abord retrouver sa famille et demeurer avec elle dans la mesure du possible. Sinon, un placement adoptif doit être envisagé dans son pays natal; ce n'est seulement qu'en dernier recours que l'adoption internationale doit être envisagée (Yngvesson 2004 : 217).

Prenant position en faveur du maintien de l'unité et de la préservation familiales, Altstein et McRoy (2000) soutiennent que des interventions et un support appropriés peuvent encourager les parents à s'occuper adéquatement de leurs enfants. Les auteurs critiquent la logique à partir de laquelle les autorités américaines (le service de protection de l'enfance américain) retirent un enfant de son milieu familial d'origine pour le transférer dans une famille adoptive sans avoir au préalable fourni l'aide et le support nécessaires pour que ces familles puissent résoudre les problèmes auxquels ils font face, problèmes souvent liés à des facteurs de pauvreté (Altstein et McRoy 2000). L'équivalent sur le plan de l'adoption internationale est aussi défendu par d'autres auteurs (Selman 2004; Yngvesson 2004; Collard 2005-b; Fonseca 2000) qui s'inquiètent des relations inégalitaires qui s'installent entre les pays du Nord (receveurs) et les pays du Sud (donneurs) par le biais de l'adoption internationale: « *l'adoption internationale n'est pas un phénomène bilatéral entre États qui s'échangeraient des enfants, mais est unilatéral et, de façon prédominante, le transfert des enfants se fait des pays pauvres vers les pays riches* » (Collard 2005-b : 211). L'auteur, qui s'est particulièrement attardée à l'exemple de Haïti, souligne l'importance de ne pas sous-estimer les inégalités sociales et politiques inhérentes à l'adoption internationale. La demande soutenue, voire grandissante, de couples sans enfants (et majoritairement infertiles) des pays les plus riches rencontre l'intérêt des pays donneurs pour lesquels l'adoption internationale permet non seulement d'échapper aux frais liés à l'entretien des

---

<sup>72</sup> Sur la circulation des informations sur les origines des adoptés internationaux en contexte québécois: « *Les informations sur les origines des adoptés sont dispersées entre différents acteurs qui ne poursuivent pas les mêmes intérêts et ne sont pas investis des mêmes responsabilités* », ce qui constitue un obstacle pour la mise en œuvre des engagements des signataires de la CHL (Ouellette et Mossière 2004 : 161).

enfants en institution, mais également d'avoir accès à des revenus supplémentaires issus des frais payés par les adoptants (Selman 2004 : 268-270). Pourtant, comme Selman le mentionne, le montant d'argent investi par les parents adoptifs dans l'ensemble du processus d'adoption internationale représente une somme considérable qui pourrait plutôt être investie dans l'amélioration des services de protection de l'enfance des pays d'origine concernés (2004 : 270). En s'appuyant sur l'exemple de l'Inde (pays qui travaille à éviter l'abandon des enfants), Yngvesson (2004) insiste sur l'importance pour les gouvernements et les agences de placement (tant locaux qu'étrangers) de privilégier des politiques d'aide à la pauvreté avant de développer des politiques d'adoption. Bref, comme le souligne ironiquement Pierron (2003) à ce sujet, « si la stérilité d'un couple peut paraître irrémédiable, on s'accommode trop vite de l'idée que la misère l'est aussi ».

L'ensemble des décisions relatives à l'adoption, tant sur le plan provincial qu'international, s'appuie sur le principe du meilleur intérêt de l'enfant : « *l'enfant est défini comme une personne mineure à protéger, et l'adoption, comme un transfert des droits et responsabilités parentales à l'égard de l'enfant* » (Fine 2005 : 149). Ce principe « sacré » est pourtant la source de nombreux désaccords, le problème principal étant de déterminer le contenu même de la notion : « *l'interprétation de "l'intérêt de l'enfant" est bien diverse selon l'importance accordée par les juges aux liens de sang, entraînant de ce fait des incohérences dans les décisions prises* » (Leneveu 2007 : 108-09). Dans plusieurs cas, le principe du meilleur intérêt de l'enfant se trouve perverti par une panoplie de revendications contradictoires : « *La notion est incontournable au point où toute la légitimité des différents acteurs en adoption dépend de leur souscription inconditionnelle à ce principe. Mais il s'agit d'une notion à contenu variable dont l'interprétation varie selon les époques, mais aussi selon les régions* » (Lavallée 2005-b : 216). Dans le cas bien concret de l'adoption d'enfants placés en familles d'accueil « banque mixte » par la protection de la jeunesse (en contexte québécois), la logique de protection de l'enfant (qui sous-tend la préservation des liens familiaux) entre en tension avec les objectifs mêmes de l'adoption, qui eux en supposent la rupture (Ouellette et Goubau 2009). Selon les auteurs, les missions distinctes et potentiellement divergentes du programme posent leur lot de risques et d'ambiguïtés.

Finalement, l'idée selon laquelle toute décision concernant l'enfant doit d'abord être prise en fonction de son intérêt et de son bien-être fait l'unanimité. Par contre, tous ne s'entendent pas sur la définition à donner au concept et sur les éléments qui doivent être privilégiés.

#### **2.4.4 Adoption, identité et origines : un difficile équilibre?**

L'adoption pose donc l'infinie question des origines; infinie parce qu'elle touche le droit, la psychologie, la philosophie et aussi parce qu'elle représente, du moins actuellement, la facette de l'adoption qui suscite les débats les plus houleux, les réactions les plus virulentes, sans pour autant que ne s'établisse un véritable consensus. La notion d'origine nous renvoie « *au mot latin "origo" qui marque un point de départ et un mouvement de descente. Appliqué à l'homme, le mot renvoie à la naissance, au sang, à la race ou à la famille [...] La question des origines (connaître ceux dont on descend) est certainement aussi ancienne que l'humanité, mais en droit contemporain, elle est posée de manière nouvelle* » (Neirinck 2000-b: 21-22). Alors que certains situent la recherche des origines dans la psychique humaine profonde et la considèrent universelle, d'autres la situent dans le contexte ambiant des sociétés occidentales qui mettent l'emphase sur les liens biologiques et sur le "besoin de savoir". Les discours contemporains et la littérature populaire considèrent la recherche des origines comme une quête de savoir et comme une étape nécessaire au processus naturel de guérison de la blessure identitaire primaire, provoquée par l'abandon dans le cas de l'adoption (Volkman 2005). Ainsi prévaut la conviction que "tu ne peux pas savoir qui tu es si tu ne sais pas d'où tu viens" (Bowie 2004). Parallèlement, l'accès à l'information, transformée en "urgence de savoir" a gagné en importance au cours des années 1990 et a fini par atteindre tous les membres du triangle adoptif qui se sont massivement préoccupés du passé, de l'ancestralité et, éventuellement de la génétique : « *l'intrusion de la "liberté d'accès à l'information" dans le milieu de l'adoption a été frappante au cours des trente dernières années, comme elle l'a aussi été dans d'autres domaines de la vie américaine* » (Modell 2001 : 256). Conjointement à la valeur accordée aux racines biologiques et à l'accès à l'information s'est aussi développée l'idée que l'adopté doit pouvoir accéder aux informations qui touchent à sa naissance et à son identité<sup>73</sup>, celles-ci étant souvent jugées essentielles à

---

<sup>73</sup> À ce sujet, Delaisi de Parseval qui se positionne depuis déjà plusieurs années en faveur de la levée de l'anonymat en matière d'adoption et de procréation médicalement assistée avec donneur, souligne : « *Ce qui est inacceptable*

l'équilibre identitaire: « *les aménagements vers une plus grande ouverture des dossiers d'adoption ou de l'adoption elle-même s'inscrivent dans une mouvance sociale assez généralisée qui accorde maintenant une plus grande valeur à l'information et à la connaissance que chaque individu peut avoir de son histoire personnelle* » (Ouellette 2005-b : 107).

Dans les sociétés contemporaines occidentales, où l'identité est pensée comme dépendante des liens génétiques et des liens de sang et où l'adoption est envisagée comme une séparation dramatique de l'adopté vis-à-vis de la substance naturelle qui le constitue, la quête des origines se trouve aussi fortement associée à une quête identitaire individuelle (Modell 2002 : 181). Les origines sont habituellement représentées comme étant matérialisées dans un lieu ou incorporées dans une personne. L'adopté évolue dans un univers social qui remet bien peu en question l'idée que la recherche des origines constitue un besoin naturel. Selon Homans (2007) qui s'est intéressée à la question de l'identité des adoptés d'origine chinoise, « *dans la culture populaire, les adoptés (en particulier) subissent le poids lié à l'obligation de trouver, de savoir et de détenir leurs origines matérielles. Ils sont appelés à raconter leurs vies en termes d'une quête particulière, celle de leurs origines* » (Homans 2007 : 59). À l'ère où la génétique fonctionne tout autant comme science que comme idéologie et où les gènes sont associés à l'essence de ce que nous sommes en tant que personne, la question des origines est difficilement contournable pour les adoptés qui vivent en contexte occidental (Katz Rothman 2006). Même si la réalité biologique de l'engendrement ne suffit pas à former la filiation, il demeure pratiquement impossible en Occident de ne pas l'intégrer dans l'opération symbolique que représente elle-même la filiation<sup>74</sup>.

De plus, l'attitude qui consiste à rattacher la recherche de ses origines à une obligation intrinsèque à chaque individu doit aussi, en contexte d'adoption, être comprise comme une réponse aux nombreuses années de secret et de honte qui ont entouré l'adoption euro-américaine (Carp 1998, Wegar 2000). Comme le mentionne Bowie (2004), dans les pays et les

---

*pour un enfant, c'est moins le fait de ne pas savoir, que le fait de ne pas savoir quelque chose d'essentiel sur son géniteur que d'autres savent, en l'espèce l'état civil* » (2002 : 275).

<sup>74</sup> Par exemple, les mythologies de l'adoption d'Œdipe et de Moïse (deux histoires d'adoption où se mêlent l'humain et le divin) sont imprégnées par le mystère de l'origine et par l'implacable interrogation sur nos commencements. Ces mythologies peuvent être appréhendées comme des récits illustrant les racines de la culture indo-européenne.

communautés « où l'adoption est omniprésente et entrevue positivement, la question du secret et de l'ouverture a nécessairement une résonance différente de celle qui prévaut en Occident » (2004: 13). Ainsi, ce désir de retour aux racines serait un des effets des politiques de secret et d'anonymat qui ont dominé le champ de l'adoption en Occident depuis presque un siècle: « ce renversement s'observe dans les pratiques d'adoption ouverte, dans les voyages de retour au pays d'origine, dans la recherche de ses origines biologiques et révèlent la force du "mythe du retour" » (Yngvesson 2005 : 27).

En adoption internationale, la question des origines est complexifiée par le fait que le processus d'adoption favorise une rupture radicale au passé, du moins sur le plan juridique. Dans l'ensemble, tant les conventions internationales que les lois locales en matière d'adoption régulent la construction des familles adoptives par le biais de diverses fictions légales dont la principale repose sur le principe de "*clean break*". Ce principe, selon Yngvesson (2007: 565), met de l'avant une approche d'exclusivité dans laquelle prévaut l'intégration complète de l'enfant dans sa famille adoptive et la rupture des liens avec la famille biologique : « *les prémisses sur lesquelles les politiques d'adoption sont construites présument que deux identités ne peuvent co-exister et qu'une première identité peut être remplacée par une autre* » (2007 : 569). C'est d'ailleurs l'ensemble de cette situation qui explique que bien souvent, la question des origines de l'enfant adopté à l'international se trouve reléguée dans le registre culturel: « *Dans l'expérience de l'adoption internationale, la problématique généalogique se trouve alors déplacée de la parenté vers le registre de la culture et de l'ethnicité* » (Ouellette 2003: 28). Pourtant, sur la question de la culture, le mouvement d'effacement et de réinscription complique le raisonnement<sup>75</sup>: l'enfant adopté se situe-t-il dans un espace culturel ouvert ou est-il intrinsèquement enraciné dans un sol national? (Volkman 2005). Ce dilemme est d'ailleurs abordé de manière concrète par Kim (2007) qui a étudié le phénomène du retour dans le pays de naissance par des adoptés de la Corée du Sud<sup>76</sup>.

---

<sup>75</sup> Dans une étude portant sur les albums de naissance des nouveaux-nés, A. Fine mentionne que dans le cas des enfants adoptés, « *il semble que la volonté se dégage de souligner la spécificité de l'enfant adopté et non pas l'envie, comme cela avait été le cas pendant très longtemps, de faire en sorte que l'adoption soit assimilée à une naissance biologique* » (Fine 2000-b : 80).

<sup>76</sup> En 1994, le gouvernement sud-coréen met en place une série de mesures et de dispositions légales qui favorisent le retour, voire même les séjours de longue durée, des adoptés devenus adultes. À partir de cet état des lieux, Kim (2007) montre comment les notions de parenté et d'apparentement se trouvent inextricablement liées aux contraintes

Pour rendre intelligible et accessible la question des origines aux yeux de leur enfant et pour favoriser l'équilibre identitaire de ce dernier, les parents sont encouragés à développer chez leur enfant un sentiment d'ouverture vis-à-vis leur passé et de leur culture d'origine. Ce désir de transmission s'incarne à travers une panoplie de représentations et de performances culturelles (éléments historiques glorieux, arts, langage, célébrations des fêtes nationales) : « *La mémoire des origines se constitue d'abord en référence à un pays et à sa culture, plutôt qu'en référence à ses origines personnelles [...] Ce sont les références au pays et à la culture qui servent de véhicule principal pour reconnaître la singularité de l'enfant en rapport avec ses origines* » (Ouellette et Méthot 2003 : 143). Par exemple, les agences d'adoption encouragent fortement les parents à s'informer sur le pays donneur et à familiariser l'enfant avec ce dernier : « *la conceptualisation de la culture est ainsi réifiée, mais aussi "superficialisée"; elle se limite à certains marqueurs culturels comme la nourriture, les vêtements et à certains objets facilement consommables* » (Howell 2001 : 216). C'est dans ce même mouvement de valorisation des racines que doivent être pensés les voyages de retour dans les pays d'origine des enfants, une pratique qui gagne en popularité : « *En l'absence du corps de la mère de naissance, le désir de connaître les origines de l'enfant peut se déplacer sur le corps de la nation et sur sa culture imaginée. Le bagage génétique de l'enfant demeure inconnu, mais l'héritage culturel peut être étudié, célébré et incorporé* » (Volkman 2005 : 96-97). Paradoxalement, ces voyages reposent la plupart du temps sur l'initiative des parents adoptifs et représentent, selon Yngvesson (2005), une manière de ramener le passé dans le présent et de mettre les deux "temps" en dialogue (au lieu de les mettre en confrontation) (2005 : 32). Ces voyages de retour à la terre natale permettent aux adoptants non seulement de compléter l'histoire de leur enfant, mais aussi mieux se définir eux-mêmes dans leur position de parents adoptifs (2005 : 35) sans pour autant que le lien à leur enfant s'en trouve compromis : « *Dans un tel contexte [voyages de retour], les enfants adoptés sont conceptuellement remis en lien avec leurs parents biologiques, mais jamais de manière à ce que*

---

posées par le pouvoir étatique, les législations familiales et les idéologies dominantes. L'auteur soutient également que les voyages de retour en Corée constituent, pour les jeunes adultes adoptés, des lieux de production de formes alternatives d'appartenances et de parenté basées non pas sur une parenté généalogique ou biogénétique, mais sur des histoires communes de déplacement, d'aliénations et de négociations complexes entre "étrangeté" et "familiarité". En ce sens, les analyses de l'auteur illustrent bien le concept de "relatedness" mis de l'avant par Carsten (2000-a) et qui désigne des formes d'apparentement qui ne reposent pas sur les liens de procréation.



*les relations de parenté entre eux et leurs parents adoptifs ne soient remises en question »*  
(Howell 2001 : 218).

Comme je l'ai mentionné précédemment dans l'exposition de la problématique (1.4), cette thèse, quoiqu'elle aborde les thèmes de la PMA et de l'adoption, ne s'intéresse pas spécifiquement à la question du droit à connaître ses origines. Mais comme cette question constitue la dimension la plus souvent analysée lorsque la PMA et l'adoption sont mises en parallèle, il m'a semblé tout de même intéressant de dresser un bref portrait des enjeux relatifs à cette problématique, d'autant plus que cet angle de comparaison permet de mieux comprendre les cadres juridiques, pratiques et symboliques dans lesquels s'inscrivent la PMA et l'adoption. Cette réflexion est donc présentée dans la section suivante (2.5). Elle est suivie de la conclusion englobant les thèmes de la PMA et de l'adoption et, finalement, d'un bref retour sur l'ensemble du cadre théorique exposé (2.6).

## 2.5 L'accès aux origines comme point de croisement

La question du droit à connaître ses origines est sans aucun doute l'aspect qui a été et qui continue d'être le plus souvent soulevé dans les projets d'étude qui comparent la procréation médicalement assistée et l'adoption<sup>77</sup> (Giroux 2009; Moore 2003; Castelli et Goubau 2005; Kirouak 2005 ; Delaisi de Parseval et Verdier 1994 ; Neirinck 2000-b). L'accès aux origines constitue une revendication de plus en plus présente dans les sociétés contemporaines : « *La revendication contemporaine de l'accès à ses origines revient à proposer qu'une personne puisse rencontrer ses parents de naissance, quand bien même la loi lui aurait désigné d'autres parents* » (Ensellem 2007 : 111). Ainsi selon Delaisi de Parseval et Verdier (1994), les enfants nés d'une PMA avec donneur se trouvent, sur le plan de la connaissance de leurs origines, dans une situation semblable à celle des adoptés dont les traces de la naissance ont été effacées.

Par contre, les législations qui entourent le droit à connaître ses origines ont encore bien du mal à aborder abandon d'enfant et don de gamète d'un même regard: « *jusqu'à maintenant, il y a eu quelques revendications et des gains en matière d'adoption, mais la question du droit aux origines dans le contexte de la procréation assistée n'a été que très discrètement débattue* » (Giroux 2009 : 369). Selon Ensellem (2007) qui a comparé, en contexte français, l'accouchement sous X et l'assistance médicale à la procréation avec donneur, cette difficulté réfère d'abord aux circonstances respectives de la venue au monde des enfants concernés : « *la différence fondamentale des circonstances de la venue au monde entre la PMA et l'adoption (l'abandon et le don) doit très certainement expliquer les raisons pour lesquelles une société ne perçoit pas de la même manière l'accès aux origines des personnes nées dans ces deux configurations* » (Ensellem 2007). Sur le plan symbolique, la distinction est tout aussi significative, puisque dans le cadre de l'adoption, non seulement l'enfant est issu d'une rencontre sexuelle entre un homme et une femme, mais la rupture du lien de filiation entre l'enfant et ses géniteurs (du moins entre l'enfant et sa mère génitrice) se produit après la naissance. L'enfant se trouve ainsi à la croisée de deux histoires, celle de ses parents biologiques et celle de ses parents adoptifs. Par contre, en cas de procréation médicalement assistée avec don de gamètes, le couple de futurs parents se trouve

---

<sup>77</sup> À ce sujet, il importe de préciser que l'accès aux origines dans le cadre de la procréation médicalement assistée concerne strictement les enfants issus d'un don de gamètes et non pas tous ceux qui naissent d'une *fécondation in vitro* ou d'une insémination artificielle. Delaisi de Parseval propose elle aussi de faire cette distinction « *puisque les histoires un peu particulières de ces conceptions avec dons anonymes posent des questions radicalement différentes* » (2001-b : 113)

impliqué dans l'histoire de l'enfant avant même la naissance de ce dernier. La société envisage alors plus difficilement comment l'enfant pourrait avoir d'autres parents que le couple qui l'a conçu et désiré (Jordana 2000). Il semble donc que malgré une certaine valorisation des origines biologiques et génétiques, la société hésite à faire basculer aussi radicalement la question des origines et de l'identité dans le champ de la biologie, une biologie privée de son caractère symbolique puisque principalement encadrée par la médecine.

Paradoxalement, la procréation médicalement assistée s'inscrit, au même titre que l'adoption il y a quelques décennies, dans une logique du secret qui engage tous les acteurs : secret sur la stérilité d'un des membres du couple, secret sur l'origine du don de gamètes (anonymat des donneurs); secret sur les circonstances de la conception de l'enfant<sup>78</sup>. L'anonymat du donneur (ou de la donneuse), légalement protégé, permet aux parents de cacher à l'enfant son mode de conception et laisse ainsi la filiation de l'enfant à l'entière discrétion des parents. Ultimement, le principe de confidentialité peut même représenter une source de motivation pour les parents qui souhaitent garder secrètes leur infertilité et les circonstances de naissance de l'enfant. À la revendication du "droit à l'enfant" s'ajoute la revendication du droit au secret, souvent exprimé par les parents comme le droit au respect de la vie privée : « *Si le droit à la liberté de procréation peut apparaître comme largement triomphant, c'est que le législateur a abandonné l'idée d'y intervenir tant l'individualisme y est lui-même triomphant* » (Hauser 1996 : 18). Sur le plan juridique, la contradiction principale que dévoilent les revendications liées à l'accès aux origines repose sur l'opposition entre deux types de droits pourtant considérés légitimes, le "droit des adultes au respect de la vie privée" d'une part et le "droit pour l'enfant à connaître ses origines" d'autre part: « *On assiste actuellement, en matière de droit de l'enfant à connaître ses origines, à un phénomène de crispation du droit, l'évolution législative récente étant marquée par une occultation de plus en plus sévère (particulièrement en PMA) des origines biologiques* » (Furkel 1996 : 56). Globalement, selon Giroux (2009), ce décalage entre l'adoption et la PMA quant au droit à connaître ses origines s'expliquerait principalement, par le fait que l'on « *réfléchit surtout à partir des réalités des parents et du donneur [...] et non en se posant la question sous l'angle des droits de l'enfant* » (2009 : 368).

---

<sup>78</sup> L. Camborieux estime que seuls 10 à 15% des enfants issus d'une PMA avec donneur connaissent les circonstances de leur conception (cité par Ensellem 2007).

Dans les normes qui régissent la reconnaissance du droit à connaître ses origines, les règles d'anonymat et de confidentialité sont à ce jour beaucoup plus rigides en milieu médical qu'en milieu adoptif. Dans le cas de la procréation assistée avec donneur, aucun des partis impliqués ne doit être mis en contact : « *contrairement à l'adoption, la loi ne prévoit pas la possibilité, même lointaine ou hypothétique, de retrouvailles possibles. Des renseignements médicaux peuvent être transmis confidentiellement en cas de préjudice grave, mais aux seules autorités médicales. Le secret des origines demeure pour l'enfant hermétique* » (Philips Nootens et Lavallée 2003 : 352). Le fait également que cette confidentialité, dans le cas de la procréation médicalement assistée, soit imposée par le corps médical est hautement critiquable; cette attitude, à bien des égards, satisfait l'intérêt des parents et celui des milieux médicaux (elle permet aux cliniques de gérer la circulation des gamètes sans devoir porter une attention particulière aux conséquences psychiques de celle-ci), mais interroge très peu l'intérêt de l'enfant à naître. Mis de l'avant dans le but de privilégier une filiation sociale (au lieu d'une filiation strictement génétique), le principe de la confidentialité a tout de même pour effet d'empêcher l'enfant de connaître ses origines biologiques. En adoption, les législations sont aujourd'hui beaucoup plus souples et le contrôle de l'information sur les circonstances relatives à la naissance des adoptés fait aussi l'objet de débats et de revendications au sein de la société et des groupes d'acteurs impliqués, ce qui n'est (encore) pas le cas dans les procréations médicales avec donneur. Une situation sujette à changement si les enfants issus de ces techniques, une fois adultes, revendiquent le droit d'accès à leurs origines et réclament la levée de l'anonymat<sup>79</sup>.

Delaisi de Parseval (1994, 2008-a) est probablement l'auteur dont les revendications sont les plus connues : elle propose de sortir de la logique du secret et d'instaurer une démarche de vérité qui permette de concilier les intérêts de tous et qui ne brime pas les droits d'un des partis. Concrètement, l'auteur souhaite que la filiation des enfants nés de PMA avec donneur cesse d'être associée à la filiation charnelle et qu'elle soit reconnue pour ce qu'elle est, une filiation volontaire qui implique des procédures d'adoption (adoption de l'enfant du conjoint) et une

---

<sup>79</sup> Quelques pays occidentaux, dont la Grande-Bretagne, l'Allemagne, l'Australie, la Suède et les Pays-Bas ont procédé à une levée (partielle ou complète) de l'anonymat des donneurs de gamètes. Cette levée du principe de confidentialité s'accompagne, pour chaque pays, d'une législation qui dicte le niveau d'ouverture accepté. (voir les articles de Furkel 1996; Joyal 2006; Delaisi de Parseval 2002).

reconnaissance juridique du lien filiatif<sup>80</sup>. L'auteur soutient également que l'opposition entre le droit à connaître ses origines et le droit à l'anonymat et à la confidentialité est un faux dilemme qui peut être dépassé par une démarche de transparence qui consisterait à établir un système dans lequel la confidentialité, avec l'accord de l'enfant et du donneur ou de la donneuse, pourrait être levée. Ce principe d'ouverture, basé sur un accord réciproque, n'amputerait pas les parents adoptifs de leur pleine reconnaissance juridique et permettrait aux enfants qui le souhaitent d'avoir accès à la connaissance de leurs origines, ce qui constitue, selon Ensellem, une conciliation acceptable de deux logiques contradictoires : « *quand bien même une personne adoptée serait amenée à rencontrer ses parents de naissance, la loi n'institue aucun lien juridique entre eux [...] le rapport de l'enfant à ses parents de naissance tend à être légalisé, mais il demeure désinstitutionnalisé en raison de l'absence de lien juridique* » (Ensellem 2007 : 116). Les désaccords relatifs à la question du droit à la connaissance de ses origines, tant en PMA qu'en adoption, incarnent essentiellement un conflit d'intérêts entre différents acteurs poursuivant des objectifs divergents.

S'il est vrai que la médecine reproductive et les NTR amputent la reproduction humaine de son caractère symbolique, il semble tout aussi vrai d'affirmer que ce sont encore essentiellement des "persistances de type symbolique" (soit l'idée que seule la fusion des corps d'un homme et d'une femme peut engendrer et reproduire l'espèce humaine) qui expliquent la résistance de la société à reconnaître le donneur ou la donneuse de gamètes comme membre participatif à la filiation et à l'identité de l'enfant à naître. Dans un contexte social qui insiste sur l'importance et la valeur du principe électif dans les relations familiales, il peut sembler contradictoire de constater l'énergie déployée pour sortir de l'anonymat les donneurs de gamètes, considérant que ces derniers n'ont, fondamentalement, aucune envie de devenir parent. Mais selon Séraphin (2007), la recherche de ses origines « *ne serait pas tant une recherche de l'auteur du matériel génétique qui nous a donné naissance que la recherche d'une histoire personnelle et familiale qui a conduit à sa naissance* » (Séraphin 2007 : 12). Une logique qui serait d'ailleurs sensiblement la même chez les adoptés qui ont retrouvé, après parfois plusieurs années de recherches, leur parenté biologique: selon Carsten (2000-b) qui a étudié le phénomène des

---

<sup>80</sup> L'auteur propose également que le terme de "co-géniteur" soit attribué au donneur de sperme dans le cas d'une insémination artificielle avec donneur (IAD) (Delaisi de Parseval 2001-a).

retrouvailles, l'idée selon laquelle les motivations des adoptés qui cherchent à rencontrer leurs parents d'origine révéleraient des visions fortement "génétisées" de la parenté et de la personne s'avère fortement biaisée<sup>81</sup>. Les adoptés admettent que ces retrouvailles leur ont permis d'établir une continuité entre leur passé, leur présent et leur futur, mais la plupart d'entre eux insistent sur l'importance du quotidien (efforts et soins consacrés sur une base régulière) et du partage d'événements communs dans l'établissement des liens de parenté (Carsten 2000-b).

La pression à l'ouverture qui traverse actuellement l'adoption dans les sociétés occidentales risque de gagner éventuellement le domaine de la procréation médicalement assistée. Sur ce point, l'avenir demeure incertain et il faudra sans doute attendre que les enfants de la médecine reproductive, devenus adultes, se prononcent eux-mêmes sur cette question. Entre temps, les changements rapides dans le champ de la médecine reproductive ainsi que l'émergence d'une logique "d'options à la procréation" affectent nécessairement notre manière de penser, non seulement la parenté et nos relations au genre humain, mais aussi nos représentations de l'engendrement et de la naissance.

---

<sup>81</sup> Dans une récente étude menée auprès d'enfants issus d'IAD, Melh (2008) fait un constat similaire : la plupart des enfants nés d'un don de gamète (aujourd'hui devenus adultes), tout en étant bien conscients que les gènes ne déterminent pas à eux seuls la personne, déplorent l'anonymat qui accompagne la procédure de don dans la mesure où il prive les enfants nés d'une IAD ou d'un don d'ovocyte d'une partie de leur histoire.

### **Conclusion. La PMA et l'adoption : comparer, distinguer, relier**

Les relations mises en scène dans la parenté occidentale ont appelé à une série de redéfinitions. L'adoption et, plus récemment, la procréation médicalement assistée ont participé aux remises en question et aux interrogations des sociétés contemporaines sur le contenu des relations de parenté et sur la forme changeante de la filiation. D'un point de vue anthropologique, tant les nouvelles technologies reproductives (NTR) que l'adoption s'inscrivent dans le champ des études sur la parenté; d'une part, elles sous-tendent un ensemble d'interrogations qui touchent la reproduction humaine, la filiation et le rapport à l'enfant; d'autre part, elles exigent de dépasser une dichotomie simpliste qui consisterait à ramener sans nuance la procréation médicalement assistée dans le champ de la nature et l'adoption dans celui de la culture.

Comparer l'adoption et la procréation médicalement assistée relève, d'un premier abord, d'une entreprise délicate de mise en relation de phénomènes indépendants en raison de leur articulation respective à deux logiques distinctes. Une comparaison qui, selon Jordana (2000), pose aussi le risque de réduire les origines de l'enfant à une réalité biologique, laquelle, faute d'éléments historiques suffisants, se trouverait principalement liée à une relation fantasmatique aux origines. Pourtant, à plusieurs niveaux, procréation médicalement assistée et adoption se recoupent dans le vaste champ de la famille et du désir d'enfant : « *Issus de pratiques divergentes, mais destinés à soulager les mêmes souffrances, les domaines de l'adoption et de la PMA n'ont été ni confrontés ni harmonisés. Réciproquement, leurs spécificités n'ont pas toujours été bien perçues, et les possibles influences du système d'adoption sur la pratique des PMA n'ont pas été mises en évidence* » (Delaisi de Parseval et Verdier 1994 : 95). Alors que la PMA, par ses procédés et surtout par la législation qui l'accompagne, a pour objectif d'imiter biologiquement la nature, l'adoption, quant à elle, imite fictivement la nature, mais rend évident le fait que les parents sociaux ne sont pas les géniteurs. Comme Howell le souligne en abordant le paradoxe intrinsèque au passage entre la PMA et l'adoption; « *les parents créent des frontières cognitives entre des contextes et manient avec aisance ce qui apparaît, aux yeux des anthropologues, des positions contradictoires* » (Howell 2003 : 469).

Chose certaine, les deux types de démarches interrogent la place de l'enfant dans la société humaine et s'articulent dans un contexte culturel et social marqué d'une part, par un ensemble de

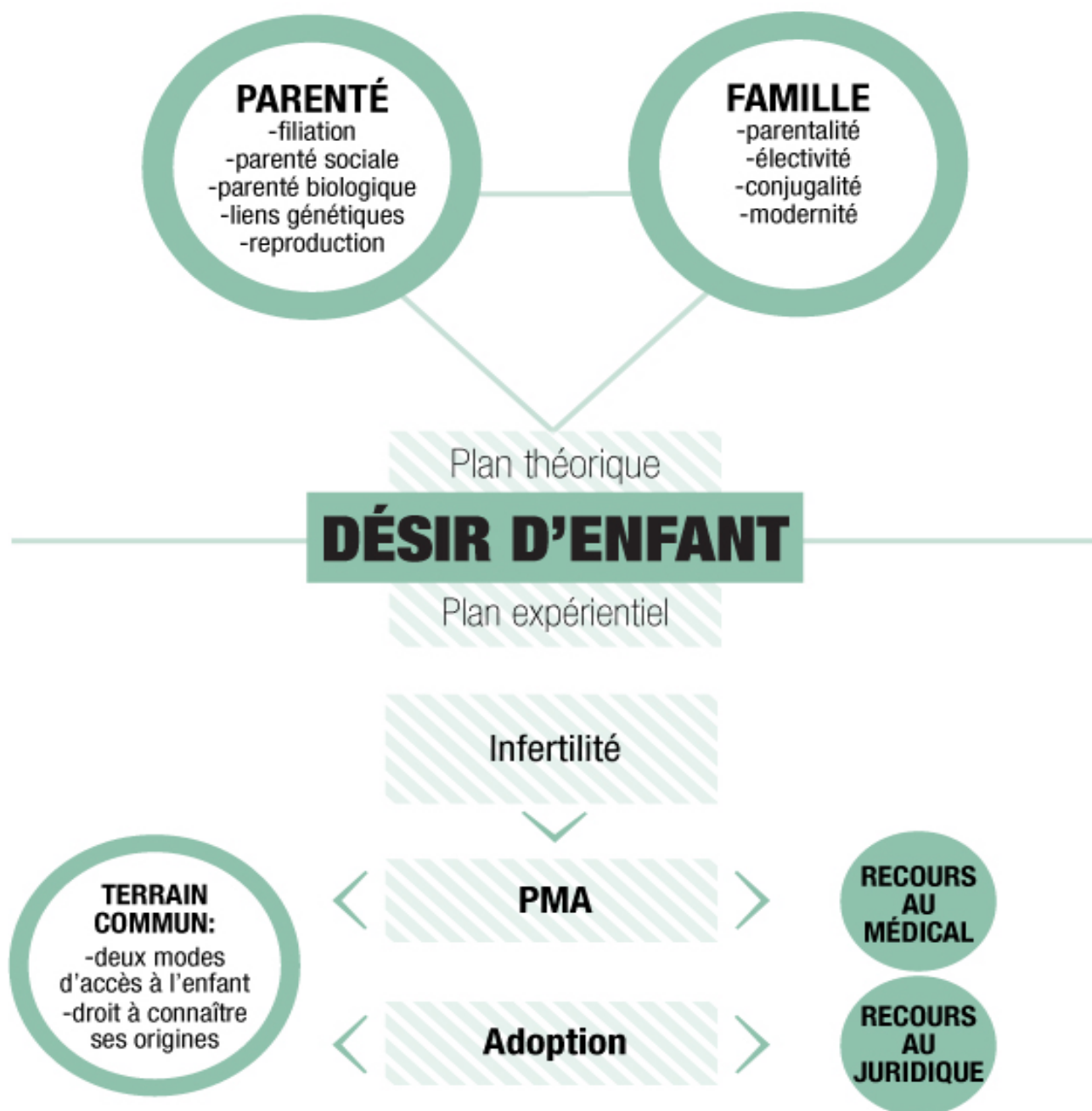
mutations relatives aux droits et aux représentations de l'enfant et d'autre part, par une multiplication des choix pour ceux qui désirent un enfant : « *faire un enfant d'alcôve, faire un enfant d'éprouvette ou faire un enfant du tribunal* » (Lavallée 2005-b : 211). L'apparition des NTR et leur popularité grandissante<sup>82</sup> ont encouragé, au sein de la population, l'idée d'un droit à l'enfant. L'adoption et la PMA s'inscrivent aujourd'hui dans un contexte où le seul fait de désirer un enfant suffit à justifier son intérêt à voir le jour : « *Cette idée très actuelle de projet parental et d'engagement paternel et/ou maternel qui s'y rattache est largement répandue, pas seulement dans la PMA. Elle est aussi très présente dans l'adoption, à cette différence près que, dans ce dernier cas, on ne peut créer un enfant pour satisfaire un projet parental* » (Collard et Delaisi de Parseval 2007 : 40). Cette même tendance à inscrire la parenté dans le registre de la volonté et de l'affectivité est étroitement liée à la force du mouvement des droits fondamentaux, lesquels tendent à transformer la liberté de procréer en droit à l'enfant : « *Dans cet esprit, l'adoption est parfois présentée comme un moyen d'assurer le respect du droit fondamental de fonder une famille ou comme une composante du droit au respect de la vie privée* » (Lavallée 2005-b : 212). Métamorphosé en droit à l'enfant dans les sociétés contemporaines, le désir d'enfant contribue à la construction d'une conception objectale de l'enfant, c'est-à-dire une conception de l'enfant centrée sur le bonheur et l'épanouissement personnel des parents. Se pointe alors le danger bien réel de faire de l'enfant une pure valeur d'usage destinée à satisfaire l'équilibre identitaire et social<sup>83</sup> de ses parents, un résultat tout à fait contraire aux objectifs mis de l'avant par les instances de protection de l'enfance et par la *Convention internationale des droits de l'enfant*. Entre le désir d'enfant et le "droit à l'enfant" que mettent en scène la PMA et l'adoption, il importe, selon Cadoré (1996), de poursuivre une réflexion éthique; d'abord de vérifier que les initiatives prises par les sujets (individus ou groupes sociaux) concernant la filiation d'un autre, n'enferment pas ce dernier dans les limites de leur seul projet; ensuite de se demander comment éviter que l'enfant ne devienne l'"objet" d'un contrat; et finalement de savoir si le déploiement de ces pratiques permettra ou non de donner véritablement priorité à l'enfant, par rapport au projet parental ou aux exigences de la logique médicale (Cadoré 1996)?

---

<sup>82</sup> Comme le spécifie ironiquement Delaisi de Parseval et Verdier (1994) pour expliquer la popularité grandissante des nouvelles techniques reproductives, "la circulation des enfants est maintenant remplacée par la circulation des substances".

<sup>83</sup> "Équilibre social" dans la mesure où l'enfant et la construction d'une famille continuent indirectement de faire pression sur les individus et les couples : « *Dans une société où l'enfant n'a pas de prix, la détresse de ceux restés "sans famille" paraît d'autant plus inacceptable* » (Lafond 1997).



**TABLEAU 5: Schéma conceptuel**

## 2.6 Points de repère conceptuels : résumé

Les plus récentes recherches en anthropologie de la parenté et en sociologie de la famille constituent les cadres à partir desquels ont été appréhendés les phénomènes de la procréation médicalement assistée et l'adoption. Elles permettent d'abord de situer le contexte social dans lequel s'inscrivent les phénomènes de la PMA et de l'adoption, et ensuite, de répondre à une question fondamentale dans le cadre de cette recherche : à partir de quels critères et selon quels principes les couples rencontrés circonscrivent-ils la valeur de l'enfant et définissent-ils ce qu'est un lien familial et une relation de parenté?

En anthropologie de la parenté, les études de Schneider (1980, 1984) ont été considérées incontournables et constituent, à ce titre, un des piliers de la structure conceptuelle de cette thèse; l'auteur, en remettant en question la possibilité d'une définition universelle de la parenté et en abordant celle-ci comme un ensemble de significations et de symboles, a pu démontrer comment la définition des liens de parenté en contexte américain est tributaire de la prééminence des représentations biogénétiques (une situation qu'il traduit par l'expression "blood is thicker than water"). Par la suite, l'évolution des formes conjugales et la transformation de la famille contemporaine ont amené les anthropologues à reprendre les études de Schneider et à les approfondir sous un angle privilégiant l'analyse de la construction sociale des faits dits naturels, qualifiés en anglais de "facts of life" (Cadoret 2000, 2001-b, 2006; Carsten 2000-a, 2004; Franklin 1997, 2001, 2003; Franklin et McKinnon 2001; Finkler 2000, 2001; Porqueres i Gené 2009, Stone 2001; Strathern 1992-a, 2005; Weber 2002, 2005; Weston 1991). Alors que Schneider présente la substance biogénétique comme un fait immuable issu d'une nature externe (la nature comme objet n'est pas questionnée), les nouveaux auteurs montrent que la substance génétique n'est pas toujours créatrice en elle-même de relations de parenté (exemple : le don de sperme ou d'ovocytes n'est pas considéré comme suffisant pour créer de la parenté) et que les faits de nature peuvent eux aussi être abordés comme des constructions culturelles. De plus en plus, la parenté occidentale est comprise comme la division et la combinaison de faits biologiques et sociaux. Les auteurs sont alors moins intéressés par ce qui est considéré "social" ou "biologique", que par ce qui se produit et se déploie à l'intersection de ces deux dimensions. Comme le mentionne avec justesse Edwards (2009), « *il ne s'agit pas d'affirmer que la nature a disparu, mais plutôt que la perception croissante de celle-ci comme infiniment malléable et*

*manipulable en fonction des caprices et des désirs humains lui a donné une dimension tout à fait différente de celle qu'on pouvait lui prêter auparavant* » (2009 : 306). Les approches plus dynamiques de ces auteurs me permettaient de développer un cadre d'analyse qui tienne compte de la transformation des valeurs et des représentations sociales en matière de reproduction, de filiation et de parenté. Par exemple, les discussions soulevées par ces auteurs sur la filiation, la parenté, la génétique et la reproduction ont permis par la suite de bien camper les définitions que donnaient les participants de la procréation médicalement assistée et de l'adoption et de saisir les déterminants sociaux sous-jacents aux explications données.

Considérant que, sur le plan ethnographique, cette thèse se situait en contexte occidental, en l'occurrence québécois, plusieurs analyses issues de la sociologie de la famille se sont avérées pertinentes pour la compréhension de l'évolution de la famille moderne (Dagenais 2000, 2005; Singly 1996, 2003, 2007; Segalen 2008; Théry 1993, 1998, 2007; Gavarini 2001, 2002-b, 2005). Plusieurs de ces auteurs, tout en mettant en évidence les transformations et les changements qu'ont connus au fil de du temps la filiation et la famille en contexte euro-américain, rappellent que la modernité n'a pas fait disparaître la famille occidentale, mais qu'elle en a plutôt changé le sens et la forme. À cet égard, Segalen mentionne que la famille représente une « *institution à la plasticité remarquable qui a su digérer les acquis d'un individualisme positif* » (Segalen 2008 : 329). La sociologie de la famille s'articule principalement autour de l'étude des trois dissociations qui ont marqué l'évolution du contexte parental et familial en Occident; soit la dissociation entre relations sexuelles et reproduction incarnée par l'arrivée de la contraception (libre sexualité sans visée reproductive); la dissociation entre conjugalité et procréation, incarnée par la précarité du lien conjugal (le mariage n'est plus nécessaire à la procréation); et finalement, la dissociation entre fonctions reproductrices et sexualité qu'incarnent les nouvelles technologies reproductrices (la procréation peut se faire même en l'absence de toute relation sexuelle).

Pour comprendre et situer les questions relatives au processus d'individualisation et de démocratisation de l'unité familiale, nous retenons les analyses de Singly (1996, 2003, 2007) et de Dagenais (2000, 2005) qui permettent, dans le contexte de la présente recherche, de mieux comprendre pourquoi et comment le désir d'enfant, le projet parental et les démarches en PMA ou en adoption sont abordés comme des événements privés et personnels. De son côté, Théry

(1993, 1996, 1998) avec la notion de “démariage” a largement contribué à illustrer les impacts de la transformation du rapport au mariage sur la filiation et la famille. La contribution de Gavarini (2001, 2002-b, 2005) semble elle aussi incontournable: cette dernière s’est particulièrement intéressée à la position de l’enfant au sein de la famille moderne et au caractère inconditionnel du lien filiatif qui contraste avec la fragilité et le caractère révocable du lien conjugal. De manière générale, les éléments théoriques et conceptuels mis de l’avant par ces sociologues de la famille ont été utilisés pour mieux comprendre d’où provient la valeur accordée à l’enfant dans nos sociétés modernes et aussi pour mieux expliquer les différentes connexions mises de l’avant par les participants entre la conjugalité, la famille et l’enfant.

Dans la plupart des cas, les anthropologues qui ont abordé les enjeux et les représentations liés à la procréation médicalement assistée (Birenbaum-Carmeli et Inhorn 2008; Bestard 2004; Becker 2000; Clarke 2007; Cussins 1997; Delaisi de Parseval et Collard 2007; Edwards et Salazar 2009; Franklin et Ragoné 1997; Hayden 1995;; Levine 2003; Lundin 2001; Melhuus 2009; Ragoné 1996, 2004; Shore 1992; Strathern 1992-b, 1995, 1999; Thompson 2001, 2002) ont insisté sur cette oscillation entre les dimensions biologique et sociale de la parenté. Ils ont démontré que la PMA impliquait divers enjeux identitaires et collectifs qui, à leur tour, exigeaient de voir au-delà d’une tendance à la biologisation de la filiation. Qu’ils se soient attardés à des cas particuliers en insistant sur la dimension ethnographique (expérience des couples en milieu clinique, points de vue des femmes qui acceptent d’être mères porteuses, construction des liens de parenté dans les familles ayant eu recours à l’IDA) ou qu’ils aient abordé le champ des NTR sous un angle plus général en proposant des réflexions théoriques, ces auteurs ont tous traité d’une façon ou d’une autre des bouleversements et des transformations que ces nouvelles techniques reproductives impliquent pour les définitions de la parenté et de la filiation et pour les représentations liées à la reproduction. Dans la mesure où cette thèse s’intéressait à la dimension “vécue” de l’infertilité et aux expériences que font les individus de la PMA, les positions de ces auteurs et les analyses qu’ils ont développées permettaient de dépasser l’aspect médical et biologique de la PMA et de montrer que celles-ci s’inscrivent dans un cadre culturel toujours particulier (Inhorn et Van Balen 2002, Treymayne 2001, Birenbaum-Cermeli et Inhorn 2008, Ghasarian 1995) et que les hommes et les femmes impliqués dans des démarches de procréation assistée ne parlent jamais de leurs difficultés de conception strictement en termes mécaniques, mais privilégient plutôt un point de

vue qui réfère à leur identité, à leur couple, à leurs familles élargies et à la société dans laquelle ils vivent.

De leur côté, les études anthropologiques sur l'adoption se situent dans des registres d'analyses plus variés sur le plan ethnographique. Certaines de ces études ont insisté sur les relations entre adoption et parenté et montré comment l'adoption demeure révélatrice des valeurs et positions idéologiques d'une société vis-à-vis du champ de la parenté et de la filiation (Ouellette 1996, 1998, 2000-a, 2000-b, 2003; Fine 1998, 2000-a, 2008; Leblic 2004; Yngvesson 2007). D'autres se sont davantage intéressés aux enjeux identitaires liés, d'une part, à l'influence du contexte culturel du pays d'origine de l'adopté et, d'autre part, aux voyages de retour effectués par les familles adoptives (Howell 2009; Kim 2007; Ouellette et Méthot 2003; Ouellette et Mossière 2004; Volkman 2005, 2009; Yngvesson 2004, 2005). La réflexion de certains autres auteurs a plutôt porté sur les différents moments de la construction du lien adoptif (Howell 2001, 2006) ou encore sur la circulation des enfants d'un point de vue national, international, communautaire ou intra-familial (Bowie 2004; Collard 2005-a, 2005-b; Fonseca 2000; Lallemand 1993, 2004; Leinaweaver 2009). D'autres auteurs se sont quant à eux préoccupés de mettre en lumière les paradoxes et les incohérences de certaines pratiques et procédures d'adoption (Cadoret 2009; Fine 2005; Modell/Schachter<sup>84</sup> 2001, 2009; Ouellette 2005-a, 2005-b; Ouellette et Goubau 2009; Selman 2004). Dans l'ensemble, les analyses développées dans ces différentes études interrogent la place de l'adoption et l'évolution de ses pratiques dans un contexte social (occidental) où les enjeux relatifs à l'enfant se transforment. Elles mettent aussi en évidence l'inévitable dimension sociale et élective des liens de parenté. Puisque je m'intéressais à la trajectoire de couples adoptifs qui ont eux-mêmes "naviguer" entre des représentations multiples de l'apparentement et qui ont nécessairement été amenés à s'interroger sur les dimensions biologique et sociale des liens de parenté, les analyses issues de ces études ont surtout été utilisées pour développer une réflexion autour des différentes implications liées à la parentalité adoptive.

Alors que les études sur la PMA ouvrent à la voie à des discussions centrées sur les thèmes de la reproduction et de la parenté, les études sur l'adoption, quant à elles, réfléchissent à partir du point de vue de l'enfant et de la famille. Par contre, toutes deux s'intéressent à ce qui intervient

---

<sup>84</sup> Judith Modell a changé de nom de famille; elle se nomme aujourd'hui Judith Schachter.

dans la création des liens de parenté et ont pour point d'ancrage le désir d'enfant. Toutes deux, lorsqu'elles sont abordées ethnographiquement, permettent d'interroger et d'analyser les référents sociaux sollicités par les individus pour qualifier les liens familiaux. Dans cette thèse, les dimensions juridiques, éthiques et psychologiques de la PMA et de l'adoption ne sont pas totalement évacuées des analyses développées, mais elles ne constituent pas une priorité: j'ai plutôt choisi d'aborder les phénomènes de la PMA et de l'adoption dans une optique de complémentarité et de les entrevoir comme des phénomènes sociaux qui impliquent différentes ramifications et qui nous parlent de la famille et de la parenté contemporaines.

## **CHAPITRE III**

### **Repères méthodologiques**

Le présent chapitre propose une réflexion sur le processus d'enquête, sur les positions épistémologiques privilégiées et sur le traitement et l'analyse des données. Tout au long de ce projet de recherche, le désir de reconnaître la valeur des explications des acteurs et le souci de poser des liens entre les données de manière à en arriver à une compréhension dynamique des logiques à l'œuvre ont constitué les principes guides de la démarche méthodologique: « *Si l'anthropologie est certainement un dialogue, une médiation entre Soi et l'autre, elle est aussi assurément une volonté de connaissance et une intention méthodologique* » (Kilani 1994 : 62). Reste que le terrain anthropologique, peu importe la forme qu'il prend, constitue toujours un moment-clef, une étape au cours de laquelle nos choix théoriques sont ébranlés, revus et redéfinis à la lumière de la réalité empirique.

Ce troisième chapitre aborde trois principales dimensions de la démarche méthodologique. D'abord, il pose une réflexion sur les fondements de la recherche anthropologique et explique les différents choix épistémologiques privilégiés tout au long du processus de construction de la thèse. Dans un deuxième temps, il propose une description des procédures de collecte des données. Finalement, ce chapitre expose les procédures d'analyses des données, c'est-à-dire qu'il présente les méthodes à l'aide desquelles le matériel a pu être traité et analysé ainsi que les objectifs sous-jacents au traitement des données.

#### **3.1 Une anthropologie de la reconnaissance**

Si les positions épistémologiques demeurent multiples et parfois controversées au sein de la discipline, le souci chez les anthropologues de donner voix à l'autre et de reconnaître la valeur de ses propos fait quant à lui consensus. Ainsi, on peut dire, sous une forme imagée, que l'anthropologie s'occupe de “prendre les gens au sérieux” (Hart 2004) et de comprendre comment ils interprètent et agissent sur le monde : « *les anthropologues écoutent ce que les gens disent, regardent ce qu'ils font et essaient ensuite de donner un sens à leurs mots et à leurs actions en replaçant ceux-ci dans leur contexte* » (Hart 2004: 3). Tout au long de cette thèse, j'ai

pleinement adhéré à l'idée que l'anthropologie a le devoir de questionner l'évidence pour lui donner un nouveau sens et de produire un savoir empirique sur les Autres en suivant un parcours méthodologique et épistémologique qui met la parole et l'expérience humaines au centre de ses préoccupations. Comme le mentionne Hastrup (1995 : 149), "*ce que les informants nous disent est produit dans l'espace liminal de la rencontre avec l'ethnographe*". En ce sens, tant le chercheur que le sujet social occupent un espace singulier; l'anthropologue lui-même a le mandat de créer un troisième espace dominé par le dialogue et l'échange.

### **3.1.1 Questionner la parenté : le choix d'une approche qualitative**

L'ensemble de la démarche méthodologique s'appuie sur des préoccupations théoriques précises : mettre en évidence la complexité des critères de définition des liens de parenté et comprendre quelles sont les représentations sous-jacentes au désir d'enfant. Pour en arriver à situer dans une logique de complémentarité le cadre conceptuel et les récits expérientiels, il me fallait adopter une approche ethnographique qui permette aux participants de s'exprimer sur les multiples dimensions de l'apparement.

C'est donc à partir d'une démarche empirico-inductive que je me suis affairée à comprendre la diversité des pratiques, des représentations et des mécanismes d'action qui sont mobilisés tout au long du processus menant à l'adoption chez les couples infertiles. Contrairement aux approches quantitatives et hypothético-déductives qui circonscrivent une hypothèse de départ et qui recherchent d'abord la causalité statistique, le modèle inductif permettait de modifier les paramètres conceptuels en cours de route et de les préciser en toute fin. De plus, considérant le caractère assez récent des nouvelles technologies reproductives ainsi que la tendance de plus en plus évidente chez les couples rencontrant des problèmes d'infertilité à passer par diverses procédures médicales avant de se lancer dans les démarches d'adoption, le projet comme tel s'inscrivait davantage dans une perspective exploratoire que dans une logique de vérification, d'où le choix, également, d'une approche qualitative.

Le type de démarche privilégié s'inscrit dans un processus méthodologique qui s'apparente



étroitement, quoique non strictement, à la théorisation ancrée<sup>1</sup>. Cette méthode, proposée initialement par Glaser et Strauss (1967) et Glaser (1978), vise l'élaboration d'un modèle explicatif ancré dans les données empiriques. Ainsi, le caractère exploratoire de la recherche (on cherche à comprendre comment les couples infertiles ont cheminé entre la PMA et l'adoption), le fait qu'elle s'intéresse à un phénomène social qui renvoie à un processus en évolution (caractère changeant et mouvant de la famille contemporaine, développement des NTR et des nouvelles génétiques, etc.) ainsi que l'importance accordée aux données de terrain dans la mise en émergence de la théorie et dans l'explication du phénomène (les discours des participants et leurs expériences de l'infertilité, de la PMA et de l'adoption constituent le point de départ des analyses) situent en grande partie le projet dans la théorisation ancrée. Par contre, la théorisation ancrée «  *vise à mettre entre parenthèses les notions préexistantes relatives à un phénomène pour le laisser parler de lui-même* » (Laperrière 1997 : 311) et propose de limiter, en début de recherche, les lectures sur le sujet, particulièrement celles issues de sa propre discipline. Si le présent projet ne reposait pas sur une théorie préconçue ou une hypothèse pré-établie, il a quand même été précédé de nombreuses lectures qui se sont avérées grandement utiles pour la compréhension des multiples dimensions du phénomène étudié et pour la construction des outils de recherche; par exemple, la mise sur pied du schéma d'entrevue a été progressive, alimentée par les réflexions et les questionnements issus des textes et articles lus. Dans l'ensemble, les lectures parcourues tout au long de la recherche ont certainement permis de développer des réflexions sur des dimensions qui, autrement, n'auraient pas été considérées. En ce sens, la position de Bringer et al. (2006), selon laquelle il s'agit avant tout de trouver un équilibre entre lire assez (pour être informé et comprendre les facteurs qui peuvent influencer la zone étudiée) et demeurer ouvert aux propos des participants, m'a semblé la plus juste et adéquate.

### **3.1.2 Entre savoir scientifique et savoir profane : la recherche d'un équilibre**

Les écrits épistémologiques et méthodologiques des anthropologues au cours des dernières décennies (Geertz 1973, 1983; Marcus et Fischer 1986; Clifford et Marcus 1986; Kilani 1994; Fabian 1983, 2001; Ghasarian 2002) ont vigoureusement insisté sur l'obligation éthique des

---

<sup>1</sup> Selon Laperrière (1997), «  *ce que décrit une théorie ancrée, c'est une dynamique vérifiée par une série d'incidents empiriques qui la confirment tous, mais qui ne représentent pas nécessairement la totalité des incidents existants par rapport au phénomène étudié* » (1997 : 330).

chercheurs d'explicitier leurs modes de production du savoir et de reconnaître l'apport du dialogue avec l'Autre dans le contexte de production des connaissances, une attitude que Fabian explique à travers les concepts de "recognition"<sup>2</sup> (2001) et de "coevalness"<sup>3</sup> (1983). Qu'il s'agisse de considérer la culture comme un texte que l'on lit par-dessus l'épaule de ses acteurs (Geertz 1973); de postuler que la culture n'est pas une chose dont nous parlons, mais bien un lieu à partir duquel nous parlons (Harstrup 1995; 176); de montrer que l'écriture et la rhétorique utilisées dans les comptes-rendus ethnographiques mettent à jour des discours socialement construits et des versions toujours particulières et partielles d'une "réalité" entrevue (Clifford et Marcus 1986); ou encore d'insister sur la nécessité de réfléchir aux dimensions émotionnelles impliquées dans certaines recherches et terrains anthropologiques (Cohen 2002), les auteurs sont nombreux à plaider pour plus de transparence et pour une plus grande reconnaissance de la place de la subjectivité et de l'intersubjectivité dans le processus de fabrication des connaissances anthropologiques.

Dans ce projet de recherche, l'étude des positions et des actions des participants en regard de la procréation médicalement assistée et de l'adoption ainsi que l'étude des stratégies adoptées en regard du désir d'enfant, de l'infertilité et de la parentalité impliquaient l'analyse de processus dynamiques où l'acteur ne pouvait être considéré comme un simple récepteur passif de forces sociales qui le dépassent, mais devait plutôt être traité comme un agent actif ayant la capacité d'analyser sa propre situation et de faire des choix éclairés. Comme le mentionne Charmaz (2006), les structures existent, mais elles sont avant tout des "créations des êtres humains engagés dans des processus"; selon l'auteur, ce sont les actions impliquées dans ces processus qui doivent être considérées comme le problème central à interroger. Dans le cadre de cette étude, les acteurs sociaux ont été entrevus comme des êtres stratégiques; l'existence de forces sociales latentes n'est pas complètement reniée, mais elle n'est pas considérée comme pouvant expliquer à elle seule les choix des sujets (cela est d'ailleurs particulièrement visible dans le champ des NTR où les gens arrivent individuellement et en couple à se fixer des limites sur jusqu'où ils sont prêts à aller en termes d'interventions médicales). Les participants interrogés étaient toujours en

---

<sup>2</sup> Terme que l'on pourrait traduire par "reconnaissance"; implique de reconnaître les sujets de l'anthropologie comme des participants d'échanges communicatifs; c'est reconnaître celui qui parle et lui donner une voix.

<sup>3</sup> L'auteur définit la *coevalness* comme une caractéristique que l'anthropologue doit accorder à ses interlocuteurs et comme une condition épistémologique de communication qui s'inscrit dans le partage d'un temps commun.

mesure de prendre un certain recul et d'envisager leur trajectoire sous différents angles.

À l'inverse, il est aussi vrai que le sens ou l'intention déclarés par l'individu ne constitue qu'une partie du système de causalité; Alami et al. (2009 : 29) rappellent que l'enquête microsociale fait apparaître les contraintes qui pèsent sur les décisions et les motivations des individus et montrent comment celles-ci se trouvent encastrées dans des interactions sociales. Dans le cas de cette recherche, il s'avérait effectivement pertinent de voir comment les démarches entamées par les participants (autant en PMA qu'en adoption) et les stratégies mises en oeuvre pour pallier à certaines contraintes s'inscrivaient dans un cadre social singulier marqué, entre autres, par une transformation du rapport à l'enfant, par une valorisation du recours à la médecine reproductive et par une ouverture sociale aux parentés électives (donc à l'adoption). À ce titre, Becker (2000), qui a longuement étudié sous un angle ethnographique l'infertilité et les nouvelles technologies reproductives, rappelle l'importance, sur le plan analytique, de considérer la force et l'influence des valeurs sociales qui, selon elle, *“fournissent une signification unifiante dans la vie des gens”* et constituent *“un moyen premier à travers lequel les individus interprètent et expliquent la réalité”*. Dans le cadre de cette recherche, certaines valeurs sociales et collectives intervenaient dans les décisions des couples et étaient intégrées aux actions individuelles : par exemple, les informateurs étaient souvent moins sensibles aux diverses facettes du contexte social ambiant qui ont pu interférer dans leur prise de décision, comme la valorisation des techniques médicales et son effet sur le recours à la médecine reproductive pour remédier à l'infertilité. Certains mentionnent que les démarches médicales sont une première étape qui va de soi, mais n'expliquent pas nécessairement pourquoi cette démarche irait de soi. C'est à ce point de rencontre avec l'Autre qu'intervient, me semble-t-il, la pertinence de la présence du chercheur qui, même s'il choisit de donner une place de premier ordre aux discours de ses informateurs, peut aussi faire appel, en cours de rédaction et d'analyse, au savoir scientifique, c'est-à-dire aux auteurs qui ont eux-mêmes étudié empiriquement ou théoriquement une des facettes du phénomène abordé.

Bref, pour comprendre les multiples dimensions des expériences vécues et la complexité des points de vue soulevés par les informateurs, il apparaissait crucial, dans le processus d'enquête, d'éviter de considérer ceux-ci comme enchâssés dans une réalité sociale et culturelle supra

organique. En ce sens, l'ensemble du processus d'enquête s'inscrit dans une démarche fortement influencée par le courant phénoménologique que Jackson (1996) définit comme « *l'étude scientifique de l'expérience humaine* » et qui se traduit par un désir d'accorder un poids égal à toutes les modalités de l'expérience humaine et d'explorer l'usage quotidien et les conséquences existentielles liés aux croyances, aux idées et aux expériences vécues. Ainsi, aux yeux de la phénoménologie, la recherche de vérité passe d'abord « *par l'étude et l'analyse de ce qui arrive à une croyance lorsqu'elle est évoquée, activée, mise au travail ou réalisée dans la vie réelle de tous les jours* » (Jackson 1996 : 11). La démarche réflexive mise de l'avant, sans aller jusqu'à privilégier un mode d'exposition polyphonique et à considérer « l'ethnologue comme l'orchestrateur de cet ensemble polyphonique » (Gaboriau 2002) ou encore jusqu'à revendiquer la « co-énonciation » (Marcus et Fischer 1986), vise surtout à ancrer la recherche dans un cadre explicatif qui soit le plus proche possible de la réalité. Entre subjectivité et objectivité, la solution est sans doute d'entrevoir l'humain lui-même comme un être vacillant entre son statut de sujet et d'objet : comme le rappelle avec justesse Jackson (1996), « *nous sentons parfois que nous 'fabriquons' du monde et parfois que nous sommes davantage définis par ce monde* » (1996 : 21). C'est donc cette approche qui a été privilégiée tout au long cette thèse, c'est-à-dire une reconnaissance du savoir profane qui va de pair avec le recours au savoir scientifique: les prochains chapitres mettent d'ailleurs constamment en dialogue les propos des participants et les positions des auteurs et constituent à cet égard un espace de production du savoir où se croisent réflexions théoriques et réalité empirique.

### **3.1.3 Le choix d'une anthropologie chez-soi**

Les types d'enquête et de terrain menés s'inscrivent en contexte québécois et peuvent ainsi être qualifiés d'ethnographie à domicile ou encore d'anthropologie chez soi. Cette décision s'éloigne de l'anthropologie classique (qui privilégie le terrain en milieu inconnu), mais se rapproche d'un courant de plus en plus visible au sein de la discipline, et qui favorise l'étude du Nous : « *le parcours de l'ethnologie, qui postule au départ qu'il y a du même chez l'autre, aboutit à un constat que lui imposent ses nouveaux terrains (ceux de l'ethnologie à domicile) : il y a de l'autre dans le même* » (Augé 1989 : 23). En effet, la discipline est de plus en plus en rupture avec l'exotisme auquel nous a habitué l'anthropologie classique et à ce titre, les impacts de la

mondialisation sur les pratiques et les recherches anthropologiques (Ribeiro et Escobar 2006) ainsi que l'implication grandissante des anthropologues des pays de Sud dans leurs propres pays (Cunin et Hernandez 2007) témoignent de ces changements. À cet égard, Gullestad, Melhuus et Lien (2009) soulignent l'importance pour l'anthropologie de pouvoir mettre en relation le savoir produit "chez soi" et celui produit "chez l'autre": « *Parce qu'il envisage forcément les autres modes de vie au travers du filtre de sa propre culture, l'anthropologue qui travaille "chez l'autre" a lui aussi besoin du savoir produit "chez soi"*. Ces comparaisons implicites resteront insatisfaisantes tant que la partie des données qui nous concernent, et qui sont considérées comme allant de soi, ne sera pas méthodiquement étudiée » (2009 : 214). Sur le plan de la parenté et de la famille, le contexte occidental offre à l'anthropologue un cadre de recherche des plus stimulants; les dynamiques à l'œuvre sont changeantes et mouvantes et la définition de la famille et des critères d'apparentement ont subi de profondes transformations au cours des dernières décennies.

Chaque type d'ethnographie privilégiée comporte son lot de risques et de limites : dans le cas d'une anthropologie à domicile, la possibilité d'avoir accès directement aux informateurs, de pouvoir échanger sans devoir recourir à un interprète et de partager une part importante des référents et des critères en matière d'identification et de conduites sociales sont des éléments favorables non négligeables dans le processus d'enquête. Par contre, le risque que pose l'anthropologie chez soi est de rester aveugle à sa propre culture et de ne pas s'étonner de ce que vit le sujet quotidiennement dans la société : comme le souligne Ouattara (2004) qui a mené des recherches anthropologiques dans son village natal d'Afrique (Burkina Faso), « *il est difficile d'avoir le regard étonné de l'étranger quand on étudie le comportement d'une population qui participe de sa propre culture* » (Ouattara 2004 : 650). Dans le cas de ma recherche, je ne partageais pas avec les participants l'expérience de l'infertilité et à ce titre, leurs parcours en procréation médicalement assistée revêtaient nécessairement à mes yeux une part d'inconnu, voire d'exotisme. Concernant l'adoption, la question se posait autrement: familière avec la logique et le vécu relatifs à l'adoption (puisque mon conjoint est sur le point d'adopter mon premier fils dont le père biologique est décédé), je pouvais aisément comprendre la force du lien d'adoption entre un parent et son enfant, mais n'étant moi-même nullement une mère adoptive, je n'avais aucune expérience de tout ce qui entoure un projet d'adoption (qu'il soit local ou international).

Sous un autre angle, il peut s'avérer difficile pour l'anthropologue qui pratique "chez soi" d'interroger les informateurs sur des questions qui relèvent culturellement de l'évidence : en contexte étranger, l'anthropologue peut facilement transgresser certaines règles et être excusé par son statut de "celui qui ne sait pas", une sorte de raccourci (qui permet de questionner l'évidence) auquel n'a pas accès l'anthropologue local qui lui, apparaît comme "quelqu'un qui sait". Par exemple, interroger ce qui semble aller de soi est parfois difficile à justifier pour l'anthropologue qui travaille dans sa propre société : à quelques occasions en cours d'entretien, particulièrement en ce qui a trait aux questions relatives à la parentalité et la famille, il est arrivé que les informateurs, sachant (consciemment ou inconsciemment) que l'on partage les mêmes repères sociaux quant aux critères de définition de la parenté et de la famille, ne ressentent pas le besoin ou tout simplement le désir d'aller plus loin dans leurs explications. Une situation qui exigeait alors d'être particulièrement attentive au contexte d'entrevue et de saisir au moment opportun l'occasion de ramener le/les participant(s) sur le « terrain de l'évidence ». Une observation semblable est posée par Gouirir (1998) qui s'est intéressée aux conditions de réalisation des enquêtes dans un univers familier et qui propose l'idée de considérer l'enquête en contexte familier comme « *une distanciation progressive* » et comme « *le passage d'un point de vue "de l'intérieur" à un point de vue "de l'extérieur"* » (1998 : 125).

### 3.2 Récits et expériences : le recueil des données

Considérant la nature exploratoire du problème à l'étude, la méthode d'enquête privilégiée a été celle de l'entretien qualitatif. L'approche biographique couplée à l'entretien qualitatif semi-dirigé devenait une méthode pertinente dans le cadre de cette recherche puisqu'elle permettait aux informateurs de se raconter dans le temps et de se situer eux-mêmes à l'intérieur du processus étudié. Évidemment, travailler sur un sujet de recherche qui touche à des sphères aussi personnelles et intimes que le désir d'enfant, la famille et l'infertilité exigeait l'établissement rapide d'une proximité entre la chercheuse et les interviewés ainsi qu'une sensibilité réelle aux expériences vécues par les couples, à défaut de quoi les participants n'auraient pas présenté le même niveau d'engagement.

#### 3.2.1 L'étude des trajectoires à travers l'entretien de type biographique

Dans cette recherche, l'objectif général de l'entretien était d'amener les gens à discuter du parcours qui les a menés vers l'adoption, donc d'aborder une partie de leur vie de manière rétrospective et de décrire leurs expériences en regard des procédures médicales, de leur décision d'adopter et de leur vie de parents. Comme l'étude se préoccupait aussi de saisir l'expérience de la transition entre la procréation médicalement assistée et l'adoption, il fallait amener les participants à s'exprimer et à définir dans leurs mots le passage entre ces deux "modes d'accès" à la parentalité.

Selon Poupart (1997), l'entretien de type qualitatif constitue une « porte d'accès aux réalités sociales », il permet d'explorer le sens que les informateurs donnent à leurs propres actions et de découvrir leurs représentations du monde. Pour l'anthropologue qui, de tout temps, a favorisé le développement d'un savoir où prime l'analyse des représentations et de l'intentionnalité des acteurs humains, l'entretien apparaît comme l'un des meilleurs moyens pour faire émerger la complexité des intentions et des particularités humaines : « *L'interviewé est vu comme un informateur clef susceptible précisément d'informer non seulement sur ses propres pratiques et ses propres façons de penser, mais aussi, dans la mesure où il est considéré comme "représentatif" de son groupe ou d'une fraction de son groupe, sur les diverses composantes de sa société et sur ses divers milieux d'appartenance* » (Poupart 1997 : 181). L'influence de

l'approche biographique a aussi été déterminante dans la réalisation des entretiens. Puisque la problématique de recherche s'intéressait aux stratégies déployées et aux expériences vécues dans un espace temporel particulier, le type d'entretien mené s'apparente au récit de vie, celui-ci étant défini comme « *une forme particulière d'entretien, l'entretien narratif, au cours duquel un chercheur demande à une personne dénommée "sujet" de lui raconter tout ou partie de son expérience vécue* » (Bertaux 1997 : 6). En ce sens, l'auteur soutient que le récit de vie se rapporte soit à une vie dans son ensemble, soit à des tranches de vie : « *il y a du récit de vie dès qu'il y a description sous forme narrative d'un fragment de l'expérience vécue [ou] dès lors qu'un sujet raconte à une autre personne, chercheur ou pas, un épisode quelconque de son expérience vécue* » (1997 : 9-32). Les entretiens menés concernaient une période précise de la vie des participants (soit celle entre le désir d'enfant et l'adoption) et impliquaient une importante liberté dans les récits, deux composantes qui rapprochent les entretiens réalisés du récit de vie. Par contre, le fait d'interroger une thématique particulière de la vie des informateurs et le fait également d'insister sur certaines questions plus précises éloignent les entretiens réalisés du récit de vie comme tel. En ce sens, la méthode adoptée me semble plus près de l'entretien semi-dirigé ancré dans une approche biographique que du récit de vie.

Globalement, les entrevues prenaient la forme d'un récit chronologique et suivaient une trajectoire assez linéaire qui dans ce cas-ci commençait par une réflexion sur l'apparition du désir d'avoir un enfant au sein du couple, se poursuivait avec la rencontre de problèmes d'infertilité, puis avec le vécu lié à la PMA et à l'adoption, et se terminait avec l'expérience de la parentalité. De manière très ouverte, les participants commençaient l'entretien en parlant de leur situation conjugale actuelle et passée et en discutant de leur désir d'avoir un enfant (le nombre d'années passées en couple, le moment où l'idée d'avoir un enfant a été soulevée). Ils enchaînaient en évoquant les difficultés rencontrées en regard de leur infertilité. Après avoir fait état des différentes démarches entreprises sur le plan médical et de leur éventuelle décision d'interrompre celles-ci, les participants abordaient ensuite la question de l'adoption (l'idée d'adopter, le deuil de l'enfant biologique, les défis de l'adoption). C'est surtout en fin d'entretien que des questions plus précises sur leur statut de parents, sur leurs représentations de la PMA et de l'adoption, et sur leur passage du milieu médical au milieu adoptif leur étaient posées.



Le schéma d'entrevue (annexe 1) comprenait divers types de questions: certaines référaient directement à la trajectoire des participants et aux différentes expériences qui ont jalonné leurs parcours vers l'adoption; d'autres questionnaient leurs perceptions et leurs représentations; alors que certaines, plus introspectives, leur demandaient de poser un regard d'ensemble sur leur vécu. L'ordre des questions, tel qu'il apparaissait dans le schéma d'entrevue, n'était évidemment pas toujours respecté; en cours d'interview, les informateurs pouvaient aborder les grandes thématiques dans l'ordre qui se présentait naturellement à eux. Par contre, une importance particulière a été accordée au respect de questions plus précises du schéma d'entrevue : par exemple, les participants devaient expliquer les raisons pour lesquelles ils avaient abandonné les démarches médicales, ils devaient également établir des comparatifs entre les milieux médical et adoptif et s'exprimer sur l'influence des facteurs génétiques et biologiques dans l'établissement de la personnalité de leur enfant. Cette rectitude a permis par la suite de mieux circonscrire l'ensemble des données et d'éviter un morcellement de celles-ci. En ce sens, une vérification de la globalité des questions du schéma d'entrevue se faisait à la fin de chacun des entretiens. De plus, la relative uniformité entre les entrevues quant aux questions posées a permis d'atteindre plus facilement un certain degré de saturation<sup>4</sup>, qui à son tour est venu déterminer le nombre d'entretiens<sup>5</sup> menés.

Au final, l'élaboration du schéma d'entrevue et sa réalisation sur le terrain incarnaient des préoccupations théoriques transversales: elles devaient permettre aux acteurs de réfléchir aux événements qui ont ponctué leur cheminement vers l'adoption, de s'exprimer sur les priorités et les valeurs qui ont motivé leurs actions et décisions, et de se positionner sur ce qui leur semblait déterminant dans le processus de "faire famille". Ainsi, l'entretien, beaucoup plus qu'un simple exercice de questions-réponses, devait porter en lui l'explication à un questionnement beaucoup plus général qui, dans ce cas-ci, concernait la reproduction, le désir d'enfant et la construction des

---

<sup>4</sup> Selon (Glaser et Strauss 1967 : 65), « *la saturation théorique constitue le point auquel aucune donnée additionnelle à partir de laquelle le chercheur peut développer les propriétés d'une catégorie n'a été trouvée. Quand il voit des exemples similaires encore et encore, le chercheur devient empiriquement confiant qu'une catégorie est saturée* ».

<sup>5</sup> Dans une étude menée en 2003 et impliquant 60 entrevues avec des femmes de deux pays d'Afrique de l'Ouest (Nigeria et Ghana), Guest et al. (2006) ont documenté le degré de saturation et de variabilité des données au cours de leurs analyses : ils en sont venus à la conclusion que dans la plupart des recherches où le but est de comprendre les expériences et les perceptions communes dans un groupe d'individus relativement homogène, 12 entrevues devraient suffire (Guest et al., 2006: 79).

liens de parenté dans la société occidentale, en l'occurrence québécoise. Chacun des entretiens a été suivi de réflexions qui ont constitué les bases des premières analyses; par exemple, après la réalisation des 5-6 premiers entretiens, certaines questions du schéma d'entrevue ont été reformulées dans le but de les rendre plus accessibles aux informateurs ou encore de manière à éviter certaines répétitions.

### **3.2.2 Échantillon : Portrait des couples interrogés**

La constitution de l'échantillon (non-aléatoire) s'appuyait sur deux critères pré-établis : il devait s'agir de couples ayant adopté (au Québec ou à l'international) au cours des cinq dernières années et ayant subi, préalablement au processus d'adoption, des traitements en clinique d'infertilité. Dans l'ensemble, il s'agissait donc d'un groupe d'individus relativement homogène. Par contre, le degré d'implication dans les traitements variait considérablement d'un cas à l'autre; si certains couples ont été jusqu'à deux essais en *fécondation in vitro* avant de se lancer dans leur projet d'adoption, certains se sont limités à deux ou trois IAC (insémination artificielle avec sperme du conjoint) et ont tout de suite transité vers l'adoption. L'autre variation notable dans l'échantillon concerne le nombre d'années qui se sont écoulées entre les procédures médicales et l'adoption : chez certains couples, il s'est écoulé près de 10 ans avant que la décision d'adopter ne soit prise, alors que dans d'autres cas, les deux types de démarches se sont chevauchées (c'est-à-dire que les procédures d'adoption étaient entamées alors que les traitements en infertilité étaient toujours en cours). Le type d'adoption ne constituait pas un critère de sélection, c'est-à-dire que l'échantillon compte des couples qui ont adopté à l'étranger (n=24) et des couples qui ont adopté au Québec via le programme de "Banque mixte" (n=3).

Au total, 27 entretiens d'une durée approximative de deux heures chacun ont été réalisés; 18 ont été faits en présence des deux membres du couple, 6 en présence seulement de la femme et 3 en présence seulement de l'homme. Au total, ce sont donc 45 individus qui ont participé aux interviews. Tous les participants étaient mariés ou en situation de concubinage au moment de l'entrevue, mis à part le cas d'un homme séparé de sa femme depuis 3 ans.

**TABLEAU 6 : Portrait des cas étudiés**

Variables Prénoms	Rés <sup>1</sup>	Âge H : F :	Emplois H : F :	Années en couple	Nombre d'enfants adoptés	Origine des enfants	Âge des enfants à l'adoption	Age actuel des enfants
<b>01-HF-00-(02)<sup>2</sup></b> <b>Jeanne et Paul</b>	1	H 34 ans F 30 ans	<b>H: Répartiteur (cie. pétrole)</b> <b>F : Enseignante au primaire (anglais)</b>	14 ans	2 (attente d'une fratrie)	Colombie	attente	attente
<b>02-HF-02</b> <b>Josée et Serge</b>	3	H 49 ans F 36 ans	<b>H : Président (cie. d'ingénierie mécanique)</b> <b>F:Conseillère en communication</b>	11 ans	2	Québec (B.M)	1 <sup>er</sup> : 1 jour 2 <sup>ème</sup> : 9 mois	1 <sup>er</sup> : 6 ans 2 <sup>ième</sup> : 3 ans
<b>03-F-01</b> <b>Elisabeth</b>	1	H 31 ans F 30 ans	<b>H : Journalier</b> <b>F:Directrice (École de conduite)</b>	13 ans	1	Thaïlande	14 mois	2 ans
<b>04-H-02</b> <b>Alain</b>	3	H 39 ans F 37 ans	<b>H : Représentant industriel</b> <b>F : Service à la clientèle (alimentation)</b>	18 ans (séparés depuis 2 ans)	2	Chine	1 <sup>er</sup> : NB 2 <sup>ème</sup> : NB	1 <sup>er</sup> : 7 ans 2 <sup>ième</sup> : 4 ans
<b>05-HF-02</b> <b>Pier-Louis et Cassandra</b>	3	H 36 ans F 34 ans	<b>H : Opérateur de machinerie lourde</b> <b>F : Technicienne en documentation (CÉGEP)</b>	14 ans	2	Colombie	1 <sup>er</sup> : 2 mois 2 <sup>ème</sup> : 6 mois	1 <sup>er</sup> : 5 ans 2 <sup>ième</sup> : 2 ans
<b>06-HF-01</b> <b>Suzanne et Charles</b>	3	H 42 ans F 40 ans	<b>H : Camionneur</b> <b>F : Enseignante (design de mode)</b>	20 ans	1	Chine	16 mois	6 ans
<b>07-HF-00-(01)</b> <b>Robin et Marie-Claude</b>	3	H 39 ans F 35 ans	<b>H : Enseignant au primaire</b> <b>F : Enseignante au primaire</b>	15 ans	2 bio (5 ans) 1 (attente)	Thaïlande	3 <sup>ième</sup> : attente	attente
<b>08-HF-01</b> <b>Christian et Laurence</b>	1	H 34 ans F 34 ans	<b>H : Camionneur</b> <b>F : Adjointe administrative</b>	9 ans	1	Chine	9 mois	18 mois
<b>09-F-02</b> <b>Mathilde</b>	1	H 45 ans F 45 ans	<b>H : Courtier d'assurances</b> <b>F : Technicienne comptable</b>	28 ans	2	Chine	1 <sup>er</sup> : NB 2 <sup>ème</sup> : NB	1 <sup>er</sup> : 9 ans 2 <sup>ième</sup> : 6 ans

<sup>1</sup> RES désigne le lieu de résidence : 1= moins de 5 000 habitants ; 2= entre 5000 et 12 000 habitants ; 3= plus de 12 000 habitants

<sup>2</sup> **01-HF-00-(02)** : Numéro d'entrevue - entrevue réalisée en présence de l'H. et de la F. - nombre d'enfant(s) adopté(s) - nombre d'enfant(s) en attente d'adoption

<b>10-HF-01</b> <b>Patrice et Catherine</b>	3	H 31 ans F 36 ans	<b>H : Athlète</b> <b>F : Esthéticienne</b>	9 ans	1	Viet-Nam	4 mois	14 mois
<b>11-HF-01-(01)</b> <b>Francis et Sarah</b>	3	H 45 ans F 46 ans	<b>H : Superviseur (génie manufacturier)</b> <b>F : Technicienne en laboratoire</b>	7 ans	1+ 1 (attente)	Chine	1 <sup>er</sup> : NB 2 <sup>ème</sup> : attente	1 <sup>er</sup> : 4 ans 2 <sup>ième</sup> : ---
<b>12-F-01-(01)</b> <b>Odile</b>	3	H 47 ans F 42 ans	<b>H : Restaurateur</b> <b>F : Coiffeuse</b>	14 ans	1+ 1 (attente)	Chine	1 <sup>ère</sup> : 1an 2 <sup>ème</sup> : attente	1 <sup>er</sup> : 6 ans 2 <sup>ième</sup> : ---
<b>13-HF-01-(01)</b> <b>Brian et Zoé</b>	1	H 37 ans F 33 ans	<b>H : Mécanicien (autos)</b> <b>F : Technicienne en administration</b>	13 ans	1+ 1 (attente)	Chine	1 <sup>er</sup> : 10 mois 2 <sup>ème</sup> : attente	1 <sup>er</sup> : 2 ans 2 <sup>ième</sup> : ---
<b>14-HF-02</b> <b>Kevin et Juliette</b>	2	H 45 ans F 43 ans	<b>H : Planificateur financier</b> <b>F : Cytotechnologiste</b>	27 ans	2	Chine	1 <sup>er</sup> : 10 mois 2 <sup>ème</sup> : 16 mois	1 <sup>er</sup> : 9 ans 2 <sup>ième</sup> : 4 ans
<b>15-HF-02</b> <b>Martin et Véronique</b>	3	H 49 ans F 49 ans	<b>H : Directeur- ébénisterie</b> <b>F : Éducatrice en CPE</b>	29 ans	2	Chine	1 <sup>er</sup> : 9 mois 2 <sup>ème</sup> : 17 mois	1 <sup>er</sup> : 9 ans 2 <sup>ième</sup> : 6 ans
<b>16-HF-01</b> <b>Robert et Martine</b>	2	H 53 ans F 45 ans	<b>H : Directeur artistique</b> <b>F : Agente (déclaration des entreprises)</b>	17 ans	1	Chine	9 mois	6 ans
<b>17-F-01</b> <b>Laurie</b>	2	H 41 ans F 39 ans	<b>H : Rep. pharmaceutique</b> <b>F : Rep. pharmaceutique</b>	18 ans	1	Chine	1 an	5 ans
<b>18-HF-02</b> <b>Jérôme et Annie</b>	2	H 46 ans F 47 ans	<b>H : Directeur régional (production porcine)</b> <b>F : Femme au foyer</b>	16 ans	2	Chine	1 <sup>er</sup> : 9 mois 2 <sup>ème</sup> : 20 mois	1 <sup>er</sup> : 7 ans 2 <sup>ième</sup> : 5 ans
<b>19-HF-02</b> <b>Bernard et Nadine</b>	3	H 48 ans F 45 ans	<b>H : Policier</b> <b>F : Formatrice (Banque)</b>	28 ans	2	Chine	1 <sup>er</sup> : 9 mois 2 <sup>ème</sup> :	1 <sup>er</sup> : 11 ans 2 <sup>ième</sup> : 8 ans
<b>20-F-03</b> <b>Danielle</b>	2	H 43 ans F 44 ans	<b>H : Entrepreneur en excavation</b> <b>F : Comptable Agrée</b>	26 ans	3	1 <sup>er</sup> : Népal 2 <sup>è</sup> : Chine 3 <sup>è</sup> : Philippines	1 <sup>er</sup> : 1an 2 <sup>ème</sup> : 7 mois 3 <sup>ème</sup> : 10 mois	1 <sup>er</sup> : 15 ans 2 <sup>ième</sup> : 11 ans 3 <sup>ième</sup> : 5 ans
<b>21-H-02-(01)</b> <b>Simon</b>	3	H 44 ans F 41 ans	<b>H et F : Travailleurs autonomes (restauration d'antiquités)</b>	18 ans	2+ 1 (attente)	Chine	1 <sup>er</sup> : 10 mois 2 <sup>è</sup> : 10 mois	1 <sup>er</sup> : 5 ans 2 <sup>ième</sup> : 2 ans
<b>22-HF-02</b> <b>Dominic et France</b>	3	H 44 ans F 42 ans	<b>H : Enseignant au collégial</b> <b>F : Consultante spéciale (Assemblée Nationale)</b>	17 ans	2	Chine	1 <sup>er</sup> : 9 mois 2 <sup>ème</sup> : 10 mois	1 <sup>er</sup> : 9 ans 2 <sup>ième</sup> : 4 ans

<b>23-F-01-(01)</b> Sylvianne	3	H 43 ans F 40 ans	<b>H : Dentiste</b> <b>F : Adjointe administrative</b> <b>(fonction publique)</b>	15 ans	1+ 1 (attente)	Kazakhstan	1 <sup>er</sup> : 8-9 mois 2 <sup>ème</sup> : attente	1 <sup>er</sup> : 2 ans 2 <sup>ième</sup> : ---
<b>24-H-02</b> Lionel	3	H 38 ans F 40 ans	<b>H : Commis aux fichiers</b> <b>informatisés (université)</b> <b>F : Traductrice / Correctrice</b>	11 ans	2	Québec (B.M)	1 <sup>er</sup> : 14 mois 2 <sup>ème</sup> : 4 mois famille-accueil	1 <sup>er</sup> : 4 ans 2 <sup>e</sup> : 18 mois
<b>25-HF-02</b> Georges et Geneviève	3	H 38 ans F 38 ans	<b>H : Directeur des opérations</b> <b>F : Conseillère pédagogique</b>	18 ans	2	Chine	1 <sup>er</sup> : 9 mois 2 <sup>ème</sup> : 9 mois	1 <sup>er</sup> : 6 ans 2 <sup>ième</sup> : 2 ans
<b>26-HF-01-(01)</b> Marc-André et Edith	3	H 39 ans F 39 ans	<b>H : Conseiller financier</b> <b>F : Technicienne en</b> <b>informations (CÉGEP)</b>	15 ans	1+ 1 (attente)	1 <sup>er</sup> :Québec (B.M) 2 <sup>e</sup> (attente) : Chine	1 <sup>er</sup> : 3 jours famille-accueil 2 <sup>ème</sup> : attente	1 <sup>er</sup> : 3 ans 2 <sup>ième</sup> : ---
<b>27-HF-01 (01)</b> Pascal et Félicia	3	H 46 ans F 33 ans	<b>H : Entrepreneur-événementiel</b> <b>F : Directrice marketing</b> <b>(manufacture)</b>	13 ans	1+ 1 (attente)	Kazakhstan	1 <sup>er</sup> : 8-9 mois 2 <sup>ème</sup> : attente	1 <sup>er</sup> : 2 ½ ans 2 <sup>ième</sup> : ---

Voici donc comment se répartissent les cas étudiés en ce qui a trait aux démarches médicales entreprises : d'abord, notons que tous les hommes rencontrés se sont soumis dès le départ à un spermogramme qui constitue la plupart du temps la première investigation en cas de consultation pour problème d'infertilité. Dans un de ces cas (n=1), les piètres résultats au test du spermogramme ont signifié la fin des démarches médicales pour le couple en question qui a préféré par la suite se diriger vers l'adoption. Pour deux couples (n=2), les traitements se sont limités à la prise d'hormones pour les femmes : celles-ci, trop affectées physiquement et psychologiquement par les effets secondaires du débalancement hormonal (eux-mêmes provoqués par la prise d'ovulants) ont choisi de cesser les traitements et le couple s'est par la suite dirigé vers l'adoption.

La technique la plus connue et la plus souvent pratiquée est sans aucun doute l'insémination artificielle avec sperme du conjoint (n=13) : mais là encore, le nombre d'inséminations varie beaucoup d'un couple à l'autre. Si certains n'ont fait qu'un seul essai, d'autres ont été jusqu'à 15 essais avant de prendre la décision de cesser les traitements. Dans un cas (n=1), en raison d'une infertilité masculine sévère, le couple a choisi l'insémination avec donneur de sperme (IAD), mais comme les deux essais se sont avérés infructueux, il a par la suite décidé d'adopter. Dans un autre cas d'infertilité masculine (n=1), l'homme s'est soumis à une opération pour rétablir son infertilité, opération dont les chances de réussite étaient de 20% : l'opération a été un échec et le couple a préféré aller en adoption plutôt que de procéder à une insémination artificielle avec donneur (IAD). Finalement, au total, cinq couples (n=5) se sont lancés dans ce que l'on pourrait appeler "l'aventure in vitro"; dans quatre de ces cas, les essais entrepris se sont soldés en échecs, l'étape la plus difficile à franchir étant non pas la formation d'embryons, mais surtout l'implantation durable de ceux-ci. Dans un cinquième cas, assez particulier, la fécondation in vitro a fonctionné mais à un prix trop élevé émotionnellement pour que le couple décide de récidiver une deuxième fois pour leur troisième enfant (qu'ils ont préféré adopter). En effet, lors des procédures in vitro, les médecins ont implanté deux embryons dans le demi-utérus de la femme (malformation congénitale) et contrairement aux attentes, les deux embryons ont survécu; le couple a vécu la grossesse dans l'angoisse et l'inquiétude (cas d'infertilité rarissime et donc peu connu des médecins), et aussi dans la peur que les jumeaux soient de grands prématurés. Les deux garçons sont finalement nés à 30 semaines, relativement en bonne santé.

Dans le but d'obtenir ce que Bringer et al. (2006) appellent des « cas négatifs » (et que l'on pourrait aussi appeler des « contre-exemples »), j'ai mené quatre entretiens avec des couples n'ayant jamais reçu de verdict d'infertilité, mais qui ont quand même choisi l'adoption comme manière de « former une famille ». Dans deux de ces cas (n=2) il s'agissait de couples qui après quelques années d'essais naturels infructueux, ont choisi de se diriger directement vers l'adoption sans se soumettre au préalable à divers tests médicaux. Concernant les deux autres cas (n=2) atypiques, il s'agissait de couples n'ayant aucune infertilité connue ou soupçonnée, mais où la femme, rébarbative à l'idée de devoir accoucher, préférait l'adoption à l'enfantement.

Les démarches pour obtenir le nombre d'entrevues souhaitées ont été nombreuses et ponctuées d'imprévus. Initialement, trois couples adoptants de mon réseau de connaissances élargi ont été contactés et ont accepté de participer au projet, soit des voisins de ma famille, ainsi que deux couples dont les enfants avaient fréquenté les miens à la garderie. Par la suite, ces mêmes couples m'ont à leur tour mise en contact avec d'autres couples adoptants et ainsi de suite. Par contre, à deux reprises entre septembre 2008 et février 2009 (mois au cours desquels les entretiens ont été réalisés), ma liste de contacts s'est épuisée et j'ai dû faire appel à des agences d'adoption ainsi qu'à quelques Centres de la Petite Enfance (CPE) de ma région pour m'aider dans le recrutement. Si certaines organisations se sont montrées plus réticentes à participer au recrutement par souci de confidentialité, d'autres, par contre, m'ont grandement aidée.

Les couples rencontrés résidaient dans les régions de Québec et de la Mauricie et provenaient tant de milieux ruraux que de la ville même de Québec ou de Trois-Rivières (pour plus de détails, voir la systématisation des fiches de renseignements au tableau 6 où le lieu de résidence des participants a été décliné en trois catégories). Considérant les frais engendrés par le processus d'adoption internationale (type d'adoption qui touche 24 couples sur un total de 27), l'échantillon est assez uniforme en ce qui a trait au statut et à la situation socio-économique des participants: en effet, la majorité d'entre eux provenaient de milieux moyennement aisés (avec certaines variantes). Le revenu comme tel n'a pas été pris en compte dans la constitution de l'échantillon. Par contre, la situation professionnelle de chacun des membres du couple a été notée dans la fiche

de renseignements<sup>1</sup>.

Le défi principal lié au contexte d'entrevue consistait principalement à créer dès le départ un échange qui se rapproche le plus possible d'une situation naturelle. La réussite de cette étape initiale était d'autant plus cruciale que les participants étaient amenés, dès les premières minutes de l'entrevue, à parler de leur infertilité et des conséquences de celle-ci sur leur vie personnelle, sociale et conjugale. La construction d'une relation de familiarité n'était pas toujours évidente considérant que la très grande majorité des personnes rencontrées m'étaient initialement inconnues et considérant également que la rencontre avait lieu de manière ponctuelle, c'est-à-dire en un seul rendez-vous. Paradoxalement, le fait de discuter sur une question particulièrement personnelle (d'abord l'infertilité et ensuite l'adoption) et sur un sujet qu'ils ont eux-mêmes vécu, a semblé interpeller les participants qui se sont engagés dans le processus d'entretien avec sincérité et authenticité. Cette implication a grandement contribué à la production d'un discours significatif, ancré dans la sphère personnelle et expérientielle des participants. Concernant le fait de devoir mener des entrevues avec des couples, Hargreaves (2006), qui a enquêté auprès de couples ayant eu recours à l'IAD, souligne que l'un des avantages de ce type d'entretien est que les époux et les conjoints travaillent ensemble leur mémoire et se forcent l'un et l'autre pour demeurer honnêtes, la présence des deux membres du couple devenant ainsi utile pour la validité des données (2000 : 266).

Il est somme toute surprenant de constater à quel point la plupart des gens se prêtent à l'exercice de l'entretien avec facilité, voire même avec plaisir; plusieurs ont mentionné en fin d'entrevue combien ils étaient contents d'avoir pu revenir sur cette partie de leur vie et qu'ils étaient fiers du chemin parcouru et de la "construction" de leur famille. Quoique difficilement prouvable sur le plan scientifique, il semble également que la relation interviewé-intervieweur, même si elle impose au départ un contexte artificiel de rencontre, implique une proximité et une aisance qui pourraient s'expliquer par la relation ponctuelle et non-engageante sous-jacente au contexte d'entretien. Ce sentiment est d'ailleurs bien expliqué dans les propos de cette participante :

*« Je pense que quand t'adoptes, les gens ne vont pas oser te demander, nécessairement... je pense qu'ils vont penser que c'est parce que tu n'es pas capable d'en avoir (des enfants) alors qu'il y en a qui adoptent par choix, mais je pense qu'en général, les gens n'osent pas te demander, ils ne posent pas de questions. Il n'y a personne qui m'a demandé si j'avais fait in vitro, et moi je*

---

<sup>1</sup> Voir en annexe 2 le modèle de fiche de renseignements utilisé.



*n'en parle pas non plus. Mais à la base, je suis une fille de même, je ne raconte pas mes affaires à... ce que je fais là là, je ne suis probablement même pas entrée dans ces détails-là avec mes amies. Fait que là tu dois te dire "pourquoi tu me racontes ça à moi, tu ne me connais même pas?!" Mais je sais que c'est confidentiel et que ce n'est pas trop engageant... je ne sais pas » (Félicia).*

Mise à part un entretien qui s'est déroulé au lieu de travail du participant, tous les autres ont eu lieu au domicile familial. Évidemment, au moment de contacter les personnes, il leur revenait de décider l'heure et l'endroit du rendez-vous. Le fait de pouvoir mener les entretiens au domicile des participants a grandement contribué à la possibilité de reproduire un contexte naturel de discussion. Si la plupart des entretiens ont eu lieu de soir, en l'absence des enfants (qui étaient couchés), quelques-uns ont eu lieu en début de soirée ou encore de jour, donc en présence des enfants, une situation quelque peu limitative qui créait parfois des interruptions dans le fil de l'entretien ou encore, mais plus rarement, un inconfort des participants vis-à-vis de certains sujets (comme par exemple lorsqu'il était question des parents biologiques, des origines, ou de certains événements plus sensibles reliés au passé de l'enfant).

Dans le but également d'avoir un portrait plus complet des expériences liées à l'infertilité, j'ai consulté sur Internet, divers forums de discussion, lesquels présentent des échanges anonymes entre personnes vivant le même genre d'expériences (dans ce cas-ci l'infertilité et le recours aux NTR). Jugeant que dans quelques-uns des entretiens menés, la question de l'infertilité et des expériences qui lui sont liées avait été en partie éclipsée par les procédures d'adoption et la satisfaction des participants d'être aujourd'hui devenus parents, il m'a semblé pertinent d'aller fouiller les propos de personnes actuellement impliquées dans des démarches médicales de procréation assistée. Quoique anonymes, ces récits permettent tout de même d'appréhender une autre facette du sujet; dans le cas des questions relatives aux problèmes d'infertilité et au recours à la PMA, les forums donnaient accès aux points de vue de ceux qui persistent dans les traitements d'infertilité, qui vivent dans l'espoir d'une prochaine grossesse et qui rencontrent diverses difficultés dans leur cheminement. Dans une étude menée à partir de forums de discussion entre adoptants (dont les enfants sont originaires de Chine), Anagnost (2000), soulève l'importance grandissante de la cyberethnographie et la production incontournable de nouvelles formes de sociabilité qu'elle engendre. Selon elle, les discussions regroupées sous forme de forums Internet permettent à l'ethnographe d'avoir un accès rapide et facile à ce que l'auteur appelle "l'intime sphère publique" (2000 : 397).

### 3.3 Le travail d'analyse des données

La période de l'analyse des données demeure une étape difficile à circonscrire dans le temps dans la mesure où elle recoupe certaines séquences du recueil des données, mais aussi de l'écriture. Je me propose ici de discuter des directions qui ont été privilégiées dans l'analyse des données, mais aussi des questionnements et des modifications conceptuels qui en ont émergé. Dans le cas de la présente recherche, c'est principalement à partir des événements vécus par les couples et des récits qu'ils en ont fait que l'analyse inductive a procédé, le but de cette dernière étant de « *donner un sens à une situation et non pas d'établir un lien causal linéaire à sens unique* » (Chevrier, 1992 : 71).

Techniquement, Laperrière (1997) divise le travail d'analyse en trois étapes flexibles : codification ouverte et mise en émergence du plus grand nombre de concepts et de catégories possible; établissement de relations entre les catégories dégagées (aussi appelé codification axiale); processus de codification sélective qui consiste à définir une catégorie théorique centrale et de situer par rapport à celle-ci l'ensemble des autres catégories (Laperrière 1997 : 317-321). J'ai aussi retenu la position de Bardin (2007) qui soutient que le travail d'analyse doit être compris comme un travail de réification de la subjectivité en matière traitable, l'objectif central étant d'aboutir à une « *déconstruction de l'intuition au profit du construit* » (Bardin 2007).

#### 3.3.1 Rendre les données dynamiques et “parlantes”

Les procédures qui entouraient chacun des entretiens étaient sensiblement les mêmes : d'abord, chaque entrevue était accompagnée d'une fiche de renseignements, laquelle contenait principalement des données socio-démographiques (âge des participants, situation professionnelle respective, nombre d'années en couple) et quelques informations factuelles (le pays d'origine des enfants, le nombre d'enfants adoptés, leur âge au moment de l'adoption, leur âge actuel). C'est à partir de ces fiches qu'il fût possible par la suite de dresser un tableau descriptif faisant état des caractéristiques de l'ensemble de l'échantillon (voir tableau 6). Dans un deuxième temps, un journal de bord compilant les impressions d'entretien et recensant les points marquants et

potentiellement intéressants sur le plan analytique a été tenu tout au long de la période de recueil des données. Par la suite, chacun des entretiens (d'une durée approximative de deux heures) a été retranscrit intégralement : au total, un peu plus de 51 heures d'enregistrement ont été retranscrites et analysées. Dans un dernier temps, les transcriptions d'entrevues étaient intégrées au logiciel *N'Vivo* et soumises à un processus de codification.

Plus concrètement, la démarche de codage consistait principalement en l'attribution d'un même code thématique à tous les éléments du corpus qui renvoyaient au même thème. Chacune des catégories (ou codes) établis a fait l'objet d'une définition (explications des attributs et des propriétés du contenu ainsi que des subtilités inclusives et exclusives), ce qui facilitait progressivement le travail de codification et d'analyse. La démarche de codage devait aussi se soucier de distinguer "pratiques" et "représentations" et de rendre les catégories les plus représentatives possible des propos et des actions des participants. Selon Alami et al. (2009), le codage constitue le premier traitement opéré sur les données et en ce sens, il représente le passage des données brutes à un corpus thématiquement organisé qualifié de « semi-brut » (2009 : 107). Ainsi, après avoir au préalable établi la structure de l'arbre de codification, l'intégration progressive des données a exigé un raffinement des catégories établies; certaines se sont ajoutées, d'autres ont été fusionnées ou encore redéfinies. Les catégories conceptuelles ont donc été remaniées jusqu'à ce qu'aucune nouvelle donnée ne vienne les contredire. En effet, après la codification des 4 à 5 premières entrevues, la période de modification s'est achevée et l'arbre est demeuré pratiquement le même par la suite. À ce titre, Guest et al. (2006) mentionnent que « *la saturation advient lorsque de nouvelles informations dans la collecte des données ou dans l'analyse produit peu ou pas de changements dans l'arbre de codification* » (2006 : 65).

Le travail d'analyse a donc permis de réduire la masse d'informations en données traitables et significatives. Au final, le travail déployé dans le processus de codage et la réalisation de niveaux successifs d'analyse ont laissé place à des catégories plus uniformes et aussi plus théorisées. La structure hiérarchique des codes en arbre a permis d'organiser le matériel, de comparer les données et finalement d'expliquer le phénomène étudié. Pour les catégories trop denses, il était aussi possible de procéder à un double codage, c'est-à-dire de visualiser tous les segments de la catégorie concernée et de recoder le contenu de cette catégorie avec de nouvelles catégories; un

processus nommé « coded-on » par Bazeley et Richards (2000). De plus, pour éviter l'effet « décontextualisant » que certains reprochent aux logiciels d'analyse qualitative comme celui de *N'Vivo*, les données plus factuelles concernant chacun des couples (les causes d'infertilité, les démarches entreprises en clinique de fertilité, les raisons liées à l'arrêt des traitements et l'origine de l'idée d'adopter) ont été ramenées sous forme de tableau récapitulatif (annexe 6), et ce afin d'être en mesure, lors des analyses ultérieures, de situer les propos de chaque informateur dans leur propre contexte.

Dans la présente recherche, plusieurs types de documents ont été intégrés à *N'Vivo*; évidemment les entrevues réalisées, mais aussi les notes d'entrevue (ou journal de bord) transformées en mémos individuels et associés de manière distincte à chacun des entretiens, les informations tirées de sites Internet d'organismes officiels (cliniques de fertilité, agences d'adoption, sites gouvernementaux), divers articles de journaux et, finalement, l'intégral de plusieurs sites d'échanges (forums de discussion) traitant principalement de l'infertilité et dans quelques cas de l'adoption. Cette façon de procéder a permis de concentrer toutes les données recueillies et de travailler à partir d'un seul lieu, ce qui a favorisé une plus grande systématisme dans le codage et dans l'analyse de l'ensemble du contenu. Par contre, comme le rappellent Bringer et al. (2006 : 249), le processus de codification sert surtout à transformer des données statiques en des données dynamiques; il ne constitue pas en soi la fin du processus de questionnement des données. Ce n'est qu'une fois tout le matériel codé qu'a pu débiter l'interrogation des données, les comparaisons entre celles-ci et la mise en relation des diverses catégories.

### **3.3.2 Récits, expériences et théorie : revisiter l'approche conceptuelle**

L'analyse transversale des données et leur interprétation reposaient principalement sur deux procédés complémentaires, soit la comparaison des catégories et le croisement des récits. L'étude des thèmes dégagés suite à une première analyse a permis de revisiter les grandes lignes théoriques retenues et de questionner la concordance entre les concepts et la réalité empirique.

La vérification de la pertinence des concepts à l'aube des données recueillies et de leur codification a mené à certains remaniements : par exemple, l'idée selon laquelle les valeurs et les

pratiques qui dominent dans le milieu de la procréation médicalement assistée ont un impact sur le milieu de l'adoption n'a pu être vérifié empiriquement. Par conséquent, j'ai dû me distancier de cette hypothèse initiale et plutôt m'attarder au vécu relatif à cette transition et demeurer sensible aux représentations et valeurs mises de l'avant par les couples pour justifier les décisions qui ont ponctué leur cheminement. De plus, l'analyse des données a montré que l'élément transversal du passage entre la PMA et l'adoption était le désir d'enfant, une direction qui, au départ, n'avait pas été suffisamment développée sur le plan conceptuel et qui a dû être revue et améliorée. Il s'est alors avéré nécessaire de situer le désir d'enfant dans un espace plus englobant qui dépasse le désir d'enfant biologique mis de l'avant par la PMA et qui inclut aussi l'enfant adopté. Plus encore, la notion même de "désir d'enfant" devait aussi être abordée comme une notion étroitement reliée au désir de "faire famille" et à celui d'accéder à la parentalité.

À bien des égards, l'oscillation entre les composantes biologiques et sociales de la parenté en contexte occidental, maintes fois décrite et analysée sur le plan théorique, a pu, suite à l'analyse des récits des couples, se transformer en quelque chose de concret, de palpable et de vivant. Par exemple, l'analyse des discours des participants a permis de dépasser une vision strictement médicale de la procréation assistée et, inversement, une définition purement sociale de l'adoption. Dans l'ensemble, il fallait résister à l'idée d'aborder de manière dichotomique "PMA" et "adoption" et de les situer spontanément aux deux pôles de la relation nature (lien biologique) / culture (lien affectif). Certes, sur le plan théorique cette relation peut s'avérer productive de réflexions pertinentes; par contre, la prise en compte des propos et des points de vue des informateurs a largement contribué à mettre en évidence la complexité de cette relation. Un effort constant a donc été déployé pour éviter de confiner la filiation et les relations parents-enfant à leur dimension sociale ou biologique, l'objectif étant surtout de mettre en évidence la complexité et les croisements entre les dimensions biologiques et sociales lorsqu'il est question de parenté. Fine et Martial (2010) proposent elles aussi d'éviter cette distinction trop rigide qui risque d'aboutir à une alternative simpliste entre deux formes de parenté, dont l'une serait sociale tandis que la seconde mènerait à la "biologisation" de la filiation : « *Dissocier et opposer ces deux dimensions n'a pas de sens du point de vue des représentations de la parenté, car elles participent ensemble de la construction des univers familiaux contemporains comme elles participaient de celle des univers anciens* » (2010 : 123).

L'analyse des données factuelles à l'intérieur de chacun des récits, c'est-à-dire l'analyse des différentes étapes suivies par les couples, a permis, dans un premier temps, de dresser un portrait somme toute assez complet de tous les cas étudiés. Par la suite, je me suis servie de ces données pour établir une typologie des trajectoires (chapitre 5). D'un premier abord, l'établissement d'une typologie peut sembler restrictif et aller à l'encontre d'une démarche inductive, mais cette façon de faire permettait de ne pas perdre de vue l'aspect continu des événements vécus par les couples. De plus, l'utilisation de cette typologie a été jumelée à une forme d'écriture centrée sur la subjectivité et le récit des participants, c'est-à-dire qu'un effort particulier a été déployé pour camper chacune de ces trajectoires dans un contexte détaillé des expériences vécues.

Au final, l'analyse des récits des participants, plus encore que ne le laissait présager la littérature, a mis en évidence la valorisation de l'enfant et du projet parental. L'analyse des données a aussi permis de confirmer la valeur et la pertinence des concepts d'électivité, de parentalité, de parenté (sociale et biologique) pour appréhender l'ensemble de la problématique et pour la situer dans son contexte social. De façon plus générale, les discours des participants ont mis en évidence les nombreuses subtilités qui entourent l'accès à la parentalité ainsi que la complexité de la définition des liens de parenté en contexte occidental.

### **3.3.3 Enfant, famille et parenté : récits individuels, repères collectifs**

Ultimement, le travail d'interprétation des données et de comparaison des catégories (mise en évidence des variations, des similitudes et des relations entre les catégories) devait aussi mener à la construction de cadres explicatifs. Le processus de mise en relation de l'ensemble des données a permis de voir quelles catégories, en raison de leurs contrastes (ou de leurs points de croisement), méritaient d'être abordées simultanément ou gagnaient à être confrontées. Par exemple, le code « Pourquoi un enfant<sup>2</sup> » est étroitement lié à celui de « Vivre sans enfant<sup>3</sup> »,

---

<sup>2</sup> Définition : quelles ont été les motivations initiales en ce qui a trait à l'idée d'avoir un enfant? Cette catégorie inclut aussi les segments relatifs au fait de désirer un enfant et d'entrevoir l'adoption et la PMA comme des moyens de combler un désir d'enfant.

<sup>3</sup> Définition : existence ou non-existence d'un moment où le couple a envisagé l'option de ne pas avoir d'enfant du tout.

puisque'un même problème se trouve abordé sous deux angles différents et contient des propos qui se recoupent et se complètent à plusieurs égards. Autre exemple; le volet concernant les démarches entreprises en clinique d'infertilité est certainement lié au code « représentations liées à la reproduction <sup>4</sup>», même si dans ce cas-ci, le discours se situe à deux niveaux différents. Il y a ainsi plusieurs thématiques et codes qui, au-delà de leur pertinence individuelle, méritaient sur le plan analytique, d'être placés en situation de dialogue. Dans un dernier temps, les thèmes ont été reliés entre eux de manière à former ce que Strauss et Corbin (2004) appellent des « schèmes théoriques intégrés », c'est-à-dire *des « schèmes théoriques plus larges, explicatifs de ce que constitue le moteur du processus central ou organisateur, c'est-à-dire les conditions explicatives du comment, quand, où et pourquoi les personnes et les organisations procèdent pour passer d'une étape à l'autre »* (2004 : 42).

Si les discours tenus dans le cadre des entretiens s'articulent initialement à l'intérieur d'un espace individuel et renvoient au vécu et à la subjectivité du sujet, ils sont aussi et dans un même temps le récit ou l'histoire de la vie en société (Poirier et Clapier-Valladon 1984; Delory-Momberger 2000). Ainsi, tant le contenu des entretiens que celui des forums de discussion témoignent d'expériences de la vie en société ainsi que de pratiques profondément sociales. Selon Weber, la tâche de l'ethnologue de la parenté est de réinscrire les pratiques dans des histoires sociales multidimensionnelles et de considérer chaque cas comme le croisement de multiples histoires collectives: *« c'est au croisement des histoires intrafamiliales et d'une histoire collective plus large que se fabriquent les normes et les sentiments dans lesquels se débattent les protagonistes »* (Weber 2005 : 255). Par exemple, dans cette recherche, l'analyse des trajectoires et le croisement des récits ont permis de dégager un certain nombre de constances, comme le recours spontané à la médecine reproductive lorsque surviennent des problèmes d'infertilité ou encore la tendance chez les participants à privilégier les liens électifs aux liens biologiques et à insister sur l'équivalence entre l'enfant biologique et l'enfant adopté.

La mise en rapport de plusieurs témoignages sur l'expérience d'une même situation sociale

---

<sup>4</sup> Définition : comment les participants définissent-ils et se représentent-ils la reproduction et, plus globalement le fait de faire ou d'avoir un enfant? De quelles façons l'adoption et la PMA sont-elles entrevues comme des manières de se reproduire?

permet donc de dépasser les singularités et d'aboutir à l'isolement d'un noyau porteur de sens à partir duquel peuvent être appréhendées les dynamiques internes de l'objet étudié. En ce sens, les représentations partagées (en regard de l'enfance, de la parentalité ou de la reproduction) ou l'existence de certaines constantes dans les actions ou encore dans les attitudes adoptées, témoignent de la présence d'un univers social partagé et démontrent la pertinence de croiser non seulement les récits entre eux, mais aussi de croiser les récits aux grands discours contemporains sur la parenté et la famille.



## CHAPITRE IV

### Désir d'enfant : entre volonté et capacité

Le mouvement de libération sexuelle qui a pénétré l'ensemble du monde occidental à la fin des années 1960 a transformé en profondeur le registre intime des relations hommes-femmes. Appuyé par la maîtrise de la procréation, par la transformation des formes familiales et par la consolidation de valeurs sociales centrées sur l'égalité et la liberté, ce mouvement allait aussi avoir un effet notable sur les représentations liées à l'enfant et à l'enfantement: « *dans le même mouvement, c'est tout l'agencement subjectif de la procréation qui évolue* » (Gavarini 2001 : 208). Dorénavant, avoir un enfant s'inscrit dans une démarche de choix, les parents choisissant eux-mêmes le moment qui leur semble le plus approprié pour faire famille: l'enfant n'est plus le fruit aléatoire de la sexualité, mais devient un être reconnu comme unique, un être qui incarne l'amour de ses auteurs (Cadolle 2007 : 19). Ainsi le désir d'enfant dans la société occidentale contemporaine présente plusieurs facettes : non seulement l'arrivée d'un enfant est-elle relativement programmée, mais l'investissement affectif dont ce dernier fait l'objet ainsi que les cadres sociaux plus individualistes dans lesquels le projet parental s'inscrit sont assez récents : « *Les enfants sont souhaités en tant que symboles d'épanouissement personnel et de réussite du couple. Ces déterminants de l'actualisation du désir expliquent notamment le report de l'âge au premier enfant et le décalage entre le calendrier adopté par les couples et la période de fécondité physique* » (LeVoyer 2003 : 39). Les propos de Sarah, interviewée dans le cadre de cette recherche, décrivent bien ce contexte nouveau et changeant :

*« Ma génération et celle qui me suit pensent ainsi: "Je veux quelque chose, je le veux tout de suite". Mais pour un enfant... il ne suffit pas de dire que tu désires un enfant. Je pense que c'est bon d'avoir à attendre pour ce projet-là et de l'avoir assez réfléchi. C'est sûr que tu peux dire que tu veux un bébé, mais il faut être conséquent... un enfant, c'est un projet de vie! Ce n'est pas un projet pour rassembler un couple là! Je fais des généralisations, mais je crois que majoritairement, les gens commencent à sortir ensemble à l'âge de 30-31 ans car ça ne commence plus à 25 ans et ça ne se marie plus à 26 ans! Alors, ça commence à penser à faire des bébés à 31-32 ans ; ils essayent pendant un an et si ça ne fonctionne pas mais... pour eux, il faudrait qu'ils aient le bébé à 34 ans. Et si ça ne fonctionne pas encore, ils disent: "Go!, on se lance dans l'adoption tout de suite!" » (Sarah).*

Ce chapitre s'intéresse plus particulièrement à trois phases<sup>1</sup> de la trajectoire des couples: à leur désir d'enfant, à la rencontre de l'infertilité et finalement à l'expérience en milieu clinique. Dans

---

<sup>1</sup> À noter : ces phases se rapportent davantage à des périodes flexibles et ouvertes qu'à une succession chronologique stricte.

un premier temps, il s'agira de comprendre comment s'est installé et consolidé le désir d'enfant au sein du couple et aussi de saisir la valeur accordée par les participants au fait familial. La deuxième partie sera davantage axée sur le sens et le vécu liés à l'infertilité, et ce tant d'un point de vue identitaire, conjugal que social. La troisième partie introduit le monde de la procréation médicalement assistée et s'intéresse aux différentes dimensions relationnelles et aux représentations issues de la rencontre entre couples infertiles, médecine reproductive et corps médical (médecins et infirmières).

#### **4.1- Le désir d'enfant : « *Un enfant si je veux, quand je veux!* »**

La revendication « Un enfant si je veux, quand je veux! » s'inscrit dans le mouvement des revendications féministes de la fin des années 1960 et du début des années 1970, une période marquée par l'avancée des progrès en matière de contraception et par la légalisation de l'avortement. Par ce slogan, les femmes manifestaient leur désir de vivre une sexualité libérée de toute obligation procréatrice ainsi que le droit de maîtriser leur reproduction et de choisir le moment qui leur apparaissait le plus opportun pour avoir un enfant.

L'exploration des multiples facettes du désir d'enfant constitue le point de pivot de cette section : qu'est-ce que signifiait le fait d'avoir un enfant pour les participants? Arrivaient-ils à envisager leur vie sans enfant? Quelles étaient leurs représentations de la procréation et comment celles-ci se sont-elles modifiées au fil de leurs expériences? Il sera donc ici brièvement question des problèmes d'infertilité rencontrés par les participants, mais il s'agira surtout de dresser un premier cadre analytique à partir duquel tracer et situer la position des acteurs en regard de leur volonté d'avoir un enfant.

##### **4.1.1 L'enfant comme expression naturelle du couple**

Pour l'ensemble des participants, avoir des enfants « allait de soi » et s'inscrivait dans l'ordre normal des choses. Pour plusieurs, les enfants sont entrevus comme intrinsèques à l'existence même du couple et symbolisent l'unité de celui-ci. Le processus de « faire famille » est donc souvent perçu comme une étape naturelle dans le parcours conjugal :

*F: C'est naturel un moment donné pour le couple d'arriver à l'étape de vouloir des enfants. Tu te dis: "Ça fait quand même plusieurs années que nous sommes ensemble, est-ce que nous passons à autre chose?" Je ne sais pas, c'est complémentaire à la vie, un moment donné.*

*H: Moi, je pense que ça fait partie d'un tout. Moi, c'est vraiment l'élément famille. Ça me semblait tellement évident que j'ai eu de la difficulté à l'expliquer (Dominic et France).*

*Il me semble aussi qu'on avait fait beaucoup de choses ensemble, on a été longtemps ensemble sans enfant. On a été ensemble 14 ans sans enfant, fait qu'on en a fait des affaires, des voyages, des ci, des ça. On était comme rendus là dans notre vie, on avait comme besoin de, de donner, de... c'est ça, comme un besoin de vie (Sylvianne).*

Ainsi, lorsque questionnés sur l'émergence de leur désir d'enfant, les participants ont tendance, dans un premier temps, à situer leur relation de couple dans le temps, c'est-à-dire à calculer le nombre d'années passées en couple et ensuite à situer leur désir d'enfant à l'intérieur de ce cadre temporel, ce qui témoigne non seulement de l'importance accordée à l'enfant comme "incarnation de l'amour de ses auteurs" (Cadolle 2007), mais aussi de l'existence d'une certaine planification entourant l'arrivée de celui-ci dans le couple :

*On s'est rencontré en 1999 et dès qu'on s'est rencontré, on a parlé des enfants : "En veux-tu toi?". Quand t'es rendu à 25 ans, tu sais déjà si t'as envie d'avoir des enfants, fait qu'on avait discuté comme ça. Après 11 mois, ça faisait seulement 11 mois qu'on était ensemble quand j'ai arrêté la pilule. Moi, je savais que c'était le bon (gars) alors, on a arrêté la pilule à ce moment-là (Laurence).*

*Nous sommes en couple depuis l'âge de 18 ans alors ça va bientôt faire 26 ans qu'on se fréquente. Nous sommes mariés depuis 1986. Ça va faire 23 ans que nous sommes mariés. Moi mon topo à moi, quand j'étais jeune fille, c'était ... ben on s'est mariés à 21 ans ... j'avais mon 1er enfant à 24 ans, le 2ième à 26 ans, le 3ième à 28 ans et mon autre à 30 ans!!! C'était mon topo! (Danielle).*

Les raisons évoquées pour justifier le désir d'avoir un enfant sont multiples. Par contre, la plupart de ces raisons s'inscrivent dans un schème individualiste d'épanouissement personnel, c'est-à-dire que les motivations et les raisons sous-jacentes à la décision d'avoir un enfant relèvent davantage de la volonté individuelle et du désir personnel ou conjugal que, par exemple, d'une obligation culturelle envers les générations antérieures ou que d'un devoir social impliquant les ancêtres ou les autres membres de la famille élargie. Par conséquent, même lorsqu'elles sont abordées dans une logique de transmission, la famille et la parentalité sont entrevues comme une source potentielle de réalisation personnelle. Certains réfèrent directement à leur passé familial et à leurs expériences familiales antérieures ou actuelles pour expliquer leur désir d'enfant : « au

*niveau familial, moi c'était comme une valeur, mais pas une valeur, mais en tous cas, c'est quelque chose que je voulais faire, je ne me voyais pas rester tout seul, vieux garçon ou même en couple là. J'ai beaucoup de frères et sœurs et ils ont tous des familles. Je trouve ça le fun comme dynamique et j'aurais eu l'impression de passer à côté de quelque chose. Donc ça c'est quelque chose que je voulais, des enfants » (Serge).*

Dans une étude où elle s'est intéressée au processus de transmission au sein de la sphère familiale et plus précisément à l'appropriation du passé familial par les frères et les sœurs appartenant à une même famille, Favart (2006) souligne que la transmission familiale n'est jamais reproduction à l'identique : elle est plutôt un processus dynamique qui implique une certaine marge de choix pour les individus concernés. Ainsi, dans certains cas, le désir d'enfant est aussi lié à une volonté de produire un modèle familial différent de celui connu à l'enfance: c'est le cas de Sylvianne et Jasmin, deux enfants uniques à qui la vie de famille a grandement manqué et qui souhaitaient avoir plus d'un enfant. Les références au passé familial sont donc de nature diverse; elles s'apparentent parfois à un désir de reproduire du semblable, parfois plutôt à la volonté de produire du différent. De façon plus globale, ces références se rapportent aussi à la notion de continuité : *« Un moment donné, c'est de trouver un sens. En plus, elle (en parlant de sa conjointe), elle avait deux sœurs et ses deux sœurs sont décédées, alors elle devenait fille unique. Quand les parents décèdent, il reste qui? Un moment donné, si tu as des enfants, tu te dis: "ben coup donc! On va vieillir et ils vont venir nous visiter!" (rires) » (Kevin).* L'enfant symbolise la continuité de soi, la continuité de la vie, voire même, pour certains, la continuité de la famille au sens large. Il est aussi celui à qui on transmet des valeurs, une éducation, un savoir: en ce sens, le concept de transmission est pluriel et recoupe à certains égards celui du don:

Q: Qu'est-ce qui faisait que tu te disais: "moi, c'est sûr que je veux être mère!"?

F: *Pour donner aussi à quelqu'un et pas juste nécessairement... pour l'enfant, c'est intéressant de donner la vie. Tu aides quelqu'un à devenir grand, qu'il soit naturel ou qu'il soit adopté. Tu aides quelqu'un à devenir grand. À faire une vie... c'est le fun de sentir que tu as donné la vie. C'est plaisant d'amener quelqu'un jusqu'à grand! C'est beau, à quelque part, c'est un beau désir, juste ça. Ça comble une vie aussi! Ça comble une vie... (Odile).*

Le désir d'enfant se présente aussi en termes de désir de descendance : l'arrivée du nouveau-né signifie la perpétuation de l'espèce et le recul de la mort, mais elle symbolise aussi un remaniement des rapports intergénérationnels et le désir des parents de transmettre des idéaux, des valeurs et de faire revivre le passé. Cette idée est bien rendue par Nadine qui malgré la perte

de ses deux parents en bas âge (elle avait à peine 10 ans) est toujours demeurée très proche de ses frères et sœurs et de son passé familial:

*J'ai quand même eu une belle enfance malgré tout: mes parents n'ont pas été là longtemps, mais la période que je les ai eus, ils ont eu le temps de nous transmettre des belles valeurs. Moi c'est là-dessus que je suis restée accrochée. Le jour où t'as des enfants, c'est ce que tu cherches à refaire: leur transmettre la fierté, la fierté de leur famille, le respect, le respect des autres. C'est là-dedans qu'on les élève. (Nadine)*

Alors que certains insistent sur les aspects sociaux et générationnels de la notion de transmission, d'autres en soulignent plus spécifiquement le caractère biologique ou encore génétique: « *C'est comme inné, c'est en nous de vouloir un enfant. On voulait une famille alors, on essaye d'avoir une famille et tout cela. Et dans le cheminement, comme à peu près tout le monde, on veut avoir des enfants de notre sang. On a travaillé fort là-dessus! [...] C'était le désir surtout, de fonder une famille, d'avoir quelqu'un qui aurait nos gènes et faire une suite à notre sang autrement dit. C'était beaucoup ça au départ* » (Alain). Ainsi le fait de vouloir un enfant se traduit aux yeux de plusieurs comme un besoin profondément naturel, intrinsèque à l'être humain : « *Vouloir des enfants, c'est comme le cercle de la vie. Toute la vie tu penses avoir tes propres enfants. Depuis que t'es jeune, tu veux tes propres enfants, tu les imagines, tu imagines qu'ils vont te ressembler, c'est comme la continuité* » (Robin et Marie-Claire).

Dans un article portant sur l'étude de l'infertilité chez les femmes, Parry (2005) note que le désir d'enfant biologique chez les couples n'est pas seulement lié à l'idée de reproduire ses propres gènes; il est aussi fortement lié au désir de créer un enfant qui soit la combinaison des deux membres du couple. Cette information est partagée par plusieurs participants qui voyaient initialement l'enfantement non pas seulement comme la possibilité de se reproduire, mais surtout comme la possibilité de créer un 3<sup>ième</sup> être qui incarne physiquement le couple :

*C'est sûr qu'on aurait aimé ça quand même avoir un enfant biologique pour lui voir la face; quelle sorte d'enfant que ça donnerait. Un petit peu de nous deux. C'est sûr que ça doit être intéressant le feeling de ça. (Pier-Louis)*

H: *Mais l'objectif en faisant in vitro, c'était quand même d'avoir notre enfant naturel. À ce moment-là. Plus maintenant, parce qu'on est tellement vendus à l'adoption. Mais à ce moment-là, on voulait avoir un enfant naturellement ensemble, une petite rousse (Félicia est rousse) !...Là on ne voit plus ça, mais...*

F: *Ouin, peut-être qu'il y avait le désir de l'avoir biologique. (Pascal et Félicia)*

*Ça ne fait pas de différence pour moi, un enfant biologique ou adopté. Maintenant, ça n'a plus d'importance mais avant... c'était plus de se reproduire. Quand tu aimes quelqu'un, tu veux un enfant qui ait les traits d'un et les traits de l'autre ».* (Odile)

Les études menées par l'anthropologue M. Strathern (1992-a, 1995, 2005) et discutées plus en détail dans le deuxième chapitre montrent que le processus procréatif constitue la pierre angulaire des représentations euro-américaines sur la parenté : le nouveau-né reçoit un héritage biologique qui lui vient autant de son père que de sa mère, mais il incarne simultanément la nouveauté et l'individualité.

\*\*\*

Évoquant tantôt des motivations de type “organiques”, tantôt des motivations sociales et expérientielles, les propos de Danielle proposent une synthèse intéressante de tout ce qui agit comme sources mobilisatrices lorsqu'il est question d'enfantement: *« Mais il reste que... le désir, la flamme, le projet de couple qui est d'avoir un enfant, un moment donné il est présent, il est en toi! Tu as besoin de manger, tu as besoin de te réaliser et en tant que couple, tu as les mêmes besoins aussi. Les deux on vient de grandes familles, moi je viens d'une famille de 20 petits-enfants et Louis vient d'une famille de 14 alors pour nous, les enfants... c'était quelque chose d'important dans notre projet de couple »* (Danielle).

Dans une étude au cours de laquelle elle s'est intéressée aux représentations sociales liées à l'adoption et à la procréation assistée dans la population de la ville de Kursenai (Lituanie), Cepaitiene (2009) montre l'emphase que mettent les parents sur la valeur de l'enfant en tant que point de définition du couple et de la famille: *« la centralité accordée à l'enfant ne parle pas tant de l'enfant lui-même que d'un homme, d'une femme et de leur relation »* (Cepaitiene 2009 : 219). À cet égard, les propos des participants dans la présente recherche illustrent bien comment l'enfantement et le désir d'enfant s'inscrivent dans un espace qui concerne avant tout le couple et les deux individus qui le constituent. Cette sorte de repli sur le domestique a été longuement analysée par Singly (1996, 2003, 2007) qui a privilégié dans ses analyses l'idée d'une individualisation de la famille et d'une recherche d'un idéal du “libre-ensemble” : *« La famille moderne s'est construite progressivement comme un espace “privé” où les membres de la famille ont apprécié davantage d'être ensemble et de partager une intimité, attentifs à la qualité*

*de leurs relations. Cette séparation progressive de l'espace public et de l'espace privé va de pair avec l'augmentation du poids de l'affectif dans la régulation des rapports intrafamiliaux »* (Singly 2007 : 11).

#### **4.2-L'infertilité: « *Un enfant si je veux, quand je veux... mais si je peux!* »**

Les dimensions impliquées dans le vécu de l'infertilité sont multiples et touchent autant à la science, à l'identité qu'à la société et à la culture. Techniquement et d'un point de vue médical, l'infertilité est définie comme l'incapacité de concevoir un enfant après un an de relations sexuelles non protégées. On distingue aussi l'infertilité primaire de l'infertilité secondaire, la première étant liée à l'absence totale de grossesse et la deuxième à un type d'infertilité qui apparaît après une première grossesse, que celle-ci ait été menée à terme ou non. Par contre, d'un point de vue expérientiel (Greil 2002), l'infertilité est vécue comme une cassure dans le parcours de vie de l'être adulte et comme un événement perturbant qui met en jeu la stabilité et la qualité des relations sociales des personnes concernées : « *Quand tu te mets à repenser à plein d'affaires, tu te dis 'finalement moi... d'habitude si tu penses à ça, je suis au monde pour mettre du monde au monde'* parce que après ça toi tu meurs, tes parents meurent, fait que là t'es supposée te reproduire, et là moi je ne sers à rien. Je ne le fais pas moi ça » (Laurence). Avant d'être confrontés à des problèmes d'infertilité, les couples entendent la procréation comme un processus naturel et biologique, qui va de soi: « *Quand tu penses à fonder une famille, tu ne penses pas qu'il va y avoir de problèmes. Tu penses que tu vas enlever ton stérilet ou arrêter ta pilule et que tu vas tomber enceinte après 3 mois... 6 mois.... Tu es capable d'attendre un bout mais après ça, tu te dis que normalement ça devrait marcher!* » (Danielle). L'infertilité vient bousculer les représentations initiales et change le regard que les hommes et les femmes posaient sur leur faculté reproductive : « *La stérilité n'est pas une maladie qui se soigne et dont la souffrance est objectivable par les moyens dont dispose la science. Elle est avant tout un état, un état qui met le couple dans l'impossibilité de réaliser le désir fondamental qui l'habite : faire un enfant, devenir parent et ainsi s'inscrire dans la chaîne des générations* » (Perret 1994 :131).

##### **4.2.1 L'idée de devoir vivre sans enfant**

Dans certains cas, le fait de vivre de l'infertilité semble renforcer le désir d'enfant, ou du moins le consolider. Confrontés à l'impossibilité d'enfanter, plusieurs couples réalisent alors qu'il leur est impossible d'envisager leur avenir sans enfant, une tendance plus visible, ou du moins plus verbalisée, par les femmes : « *Mais on dirait qu'un moment donné quand ça te prend , c'est comme très fort et plus ça allait, moins ça marchait, mais plus je savais que ce désir-là d'avoir*



*des enfants était tellement fort que j'allais être prête à bûcher soit dans l'adoption, soit dans la procréation assistée, mais je me disais "c'est sûr que je vais mettre tous les efforts parce que je le veux"* (Josée). Dans une étude menée auprès de couples ayant subi divers traitements en procréation médicalement assistée, Franklin (1997) montre comment les NTR peuvent elles-mêmes être considérées comme productrices d'un désir d'enfant plus prononcé (qu'il ne l'était en début de traitement) et d'un désespoir lié à l'absence d'enfants.

Dans l'ensemble, les femmes sont beaucoup plus nombreuses que les hommes à affirmer qu'elles n'envisageaient pas leur existence sans enfant. Elles sont aussi plus enclines à affirmer que leur couple aurait été grandement en péril si leur conjoint, suite aux échecs en clinique d'infertilité, avait refusé d'envisager l'adoption comme moyen de "faire famille": *«Moi c'était trop fort, il fallait que je sois maman! Moi, je n'aurais pas été capable d'oublier ça! Si Fabrice m'avait dit, "Regarde là, je ne te suis pas dans ton projet", je pense que ça n'aurait pas marché. C'était vraiment très fort. Mais Fabrice ne m'a pas mise devant ça. C'était trop fort»* (Odile). D'autres, sans mentionner directement la possible mise en péril de leur couple, mentionnent tout de même un désir d'enfant inégal chez les deux membres du couple:

*Lui, il avait son travail et je pense que son travail l'aurait satisfait. Mais pas moi; moi je travaille dans un CPE (Centre de la Petite Enfance) et c'était sûr que si ce n'était pas l'adoption sous cette forme-là, c'était être famille d'accueil pour des enfants, mais c'était sûr qu'il y aurait quelque chose. Moi, mon gros projet, c'était ça (les enfants); j'aime beaucoup mon travail avec les enfants, mais eh... ce n'était pas là-dedans que je voulais mettre toute mon énergie»* (Véronique).

F : *À partir du moment où on y avait réfléchi et qu'on en avait discuté (de l'idée d'avoir un enfant), là je me disais "non, ça ne se peut pas que je passe ma vie sans avoir d'enfant". J'en avais besoin.*

Q: Et ton conjoint lui, il pensait quoi?

F: *Je pense que c'était comme moi, mais peut-être pas avec la même intensité, si on pouvait grader ça, peut-être moins fort que moi, mais pour lui aussi c'était quand même important* (Sylvianne).

Malgré la valeur généralement accordée à la maternité et à l'enfantement<sup>2</sup>, les femmes sont définitivement plus nombreuses à s'exprimer sur l'insignifiance qu'elle accordent à la provenance de l'enfant, l'important étant surtout "d'avoir un enfant tout court": *«j'ai fait mon*

---

<sup>2</sup> Ces thématiques sont abordées plus en profondeur dans la section 4.2.4-a) où il est question de l'impact de l'infertilité sur le plan identitaire.

*deuil rapidement d'avoir un gros ventre et de... Mais moi c'était le fait de... j'avais le goût d'éduquer des enfants et de faire une famille et ça, je le savais que je pourrais aimer un enfant autre qu'un que j'ai porté. Je n'avais pas de doute sur ma capacité d'amour* » (Josée). La force de l'électivité dans les relations familiales, longuement discutée dans le deuxième chapitre, traverse de multiples façons les discours des participants, lesquels placent l'amour au centre de la relation parent-enfant, comme c'est le cas pour Jeanne qui attend une fratrie de Colombie : « *Personnellement, je ne trouve pas ça difficile le fait que les enfants n'auront pas de lien biologique avec nous. Pour moi, le lien qui nous attache à un enfant ne passe pas par les gènes, mais par l'amour, l'affection et le temps que nous échangeons avec lui. Alors biologique ou pas, un enfant pour moi aura le même niveau d'amour ou d'attention* » (Jeanne). Sur le plan symbolique, la distinction entre l'enfant issu du couple et l'enfant adopté s'amenuise et tend à disparaître : l'enfant en lui-même est alors abordé comme le point de départ du projet familial : « *On était pour avoir des enfants! S'ils n'étaient pas biologiques, c'était des enfants adoptés. Alors non, on n'a jamais pensé ne pas en avoir. On n'aurait jamais pu se priver de ça... impossible! Impossible! [...] Et même au moment des inséminations, c'était déjà dit que si ça ne fonctionnait pas, ce n'était pas fini! Ce n'était pas : 'on n'aura pas d'enfant'* » (Laurence). Cette même idée est aussi bien illustrée par Elisabeth qui, suite au verdict d'infertilité de son conjoint et d'une tentative infructueuse d'opération pour rétablir sa fertilité, a préféré l'adoption à l'insémination artificielle avec donneur (IAD) :

*Moi je voulais un enfant pour élever un enfant et pas nécessairement en avoir un de chair et de sang. Pour moi c'était correct mais lui, il a trouvé ça... la première année, au début c'était: "Non, je n'en veux pas du tout!" Quand j'ai commencé à parler un peu de l'option d'adopter, il me disait "Non, on n'en aura pas, je ne peux pas en avoir, on n'en aura pas!" C'était vraiment catégorique comme ça. Et avec le temps, après un an peut-être, quand il m'a abordée pour l'adoption et tout ça, il avait fait son choix et là il était enthousiaste. Il avait fait son deuil qu'il ne pouvait pas en avoir. Mais moi, envisager de ne pas avoir d'enfant, non, pas du tout! Moi, c'était sûr que j'en avais. Mon couple aurait peut-être été en péril s'il m'avait dit: "Elisabeth, c'est sûr que je n'en aurai pas". Là, il aurait fallu que je prenne une décision: soit que je fais ma vie avec un gars qui n'en veut pas ou je me trouve un autre chum avec qui je peux en avoir. Ce n'était pas d'avoir un enfant biologique ou non, ça n'a jamais été ça. Ce n'était vraiment pas dans ma décision de dire: "Bon, il ne peut pas avoir d'enfant naturellement alors de la merde, je le flush et je vais aller en reprendre un autre". Non! Mais, un enfant, oui! Ça c'était quelque chose que moi... passer ma vie pas d'enfant... du plus loin que je me souviens, j'ai toujours été entourée d'enfants (Elisabeth).*

La réaction du conjoint de Elisabeth, c'est-à-dire l'abandon de tout projet de famille ou d'enfant au moment du verdict d'infertilité ou suite à des traitements infructueux, semble tout de même

assez répandue et dans la plupart des cas, les personnes ramènent l'échec reproductif dans l'espace naturel de la procréation et s'en remettent au "bon vouloir de la nature": « *C'est bien beau vouloir essayer, mais quand la nature ne veut pas, ça donne quoi de se battre avec ça?* » (Jeanne). Dans la plupart des trajectoires, l'accumulation d'espoirs déçus se traduit par des moments de crise où l'éventualité de vivre sans enfant est alors envisagée par le couple :

*J'étais tannée! J'étais tannée qu'on me dise que je suis le problème et qu'ils ne trouvent rien! C'était supposé marcher, mais ça ne marchait pas! Moi, j'étais vraiment tannée de ça alors c'est sûr que ma réaction sur le coup à été de dire; "Regarde, ça fait deux ans là; nous arrêtons tout ça et si nous en avons (des enfants), tant mieux et sinon tant pis". Mais ça a été plus une réaction sur le coup du moment. Même encore aujourd'hui on se le dit, on ne se verrait pas sans enfant!* (Danielle)

Par contre, pour une certaine partie des participants, l'idée de vivre sans enfant a été plus sérieusement envisagée. Le cas de Bernard est particulièrement intéressant dans la mesure où ses propos témoignent d'une représentation bien distincte de la reproduction : issu d'une famille marquée par la négligence et la violence (une famille qu'il qualifie lui-même de dysfonctionnelle), Bernard associe spontanément le processus de reproduction biologique à la reproduction du climat familial vécu durant sa propre enfance et souhaite à tout prix éviter de "reproduire" les traits de sa famille d'origine. Ces propos ancrent le passé familial de l'individu dans une logique déterministe et font de la "déviante" une composante persistante et transmissible, tant biologiquement que culturellement. :

H: *Moi je n'étais pas vraiment intéressé à l'idée d'avoir un enfant qui ait mes origines. Moi je voulais surtout que ça cesse: c'est parce que les familles de mon bord, tout ça, eh... ce n'est pas des cheminements normaux, ce n'est pas des vies de famille normales. [...] Moi je n'aurais jamais eu d'enfant si ça avait été juste de moi, jamais. Premièrement, je ne voulais pas renouveler ça (renouveler la vie familiale qu'il avait lui-même connue) et je n'aurais pas voulu... j'avais peur aussi de moi, je me demandais "qu'est-ce qu'il reste de mes parents?; qu'est-ce qu'il reste de ce qu'ils m'ont donné?; est-ce que je vais être pareil comme eux". S'il y avait la moindre chance que je fasse le dixième de ce qu'ils m'ont fait et de ce qu'ils ne m'ont pas donné quand j'étais enfant... je ne voulais pas que ça arrive. Je ne voulais pas, je ne voulais vraiment pas* (Bernard).

L'adoption devient alors une façon de contourner cet ordre des choses et de déjouer la nature. Dans le cas de Bernard et Nadine, un cas somme toute assez particulier, c'est une infertilité masculine légère qui a mené vers l'adoption, celle-ci représentant "l'option sur mesure" pour ce couple puisque non seulement l'homme ne voulait pas "se reproduire" (et le pouvait plus difficilement), mais la femme désirait éviter le processus de grossesse et d'accouchement.

Dans certains cas, les conjoints affrontent ensemble la possibilité de ne pas avoir d'enfant et acceptent dans un premier temps de vivre une vie différente de ce qu'ils avaient envisagé au départ. Par contre, ils sont nombreux à mentionner que ce désir a fini par les rattraper et qu'une existence sans enfant était devenue avec le temps plus difficile à accepter et à intégrer au niveau du couple :

H: *C'est un des scénarios qu'on a vus un moment donné en disant "peut-être qu'on n'en aura pas d'enfants. On prendra notre retraite à 55 ans et on voyagera". C'était un des choix, mais on finissait toujours par se dire "mais ce n'est pas ça qu'on veut".*

F: *Il manquait quelque chose.*

H: *On disait toujours "ce n'est pas ça qu'on veut. C'est le fun voyager, mais ce n'est pas ça qu'on veut" Ce qu'on voulait, c'est avoir des enfants (Jérôme et Annie).*

F: *On était en condo, on s'était dit qu'on était pour voyager, penser à nous tout simplement. On avait quand même des amis qui en n'avaient pas (d'enfant), alors on sortait entre amis.*

H: *Oui, mais ça demeurait toujours quelque chose de présent dans nos esprits, même si tu te dis que tu tournes la page, ça demeure présent (Dominic et France).*

Q: Est-ce que l'option de vivre sans enfant avait été envisagée?

F: *Oui, entre nous deux, oui. Tu te dis : "qu'est-ce qu'on fait?" Est-ce qu'on continue notre vie à deux comme ça, on se gâte, on pense à nous autres ou on a des enfants?" Et la question est soulevée là. Nous autres c'était... on en voulait des enfants. Mais il faut s'asseoir les deux parce que ça peut arriver dans un couple qu'une des deux personnes dise "On continue pas d'enfant, si on n'en a pas naturellement, c'est parce qu'on n'est pas dus pour en avoir" (Mathilde).*

Les expériences antérieures interviennent elles aussi dans le désir d'enfant et peuvent contribuer à modifier les attitudes vis-à-vis de l'impossibilité d'enfanter : dans certaines situations, le contexte de vie prépare les personnes ou les couples à l'idée de vivre sans enfants, même si cela ne constitue pas leur choix premier. Le temps qui passe a un effet évident sur le projet d'enfant du couple : pour les femmes, les limites biologiques reliées aux possibilités de reproduction sont bien connues et d'ailleurs souvent soulevées pour expliquer l'infertilité des couples. Chez l'homme, ces limites biologiques, même si elles existent, sont beaucoup moins contraignantes. Par contre, tant pour l'homme que pour la femme, certaines restrictions liées à l'âge et qui ne sont pas de nature biologique interviennent dans le processus liée au projet d'enfant. En effet, certains couples (hommes et femmes confondues) ne souhaitaient pas former une famille trop vieux et situent la parentalité dans un cadre temporel délimité. Par exemple, Serge explique que le fait de rencontrer sa conjointe actuelle à un âge tardif (il avait 37 ans et elle 25 ans) a eu pour effet de le préparer à l'idée que peut-être il n'aurait jamais d'enfants de lui :

H : *C'est quelque chose que je voulais (avoir des enfants), mais quand t'es rendu à 37 ou 38 ans, tu dis "ouin...". Quand ça t'arrive à 30 ans (célibat), ce n'est pas grave, tu recommences, mais à 37 ans, le choix est moins grand... disons que les filles qui sont là ou qui sont disponibles, tu te rends compte que la plupart du temps, elles vont déjà avoir des enfants fait que tu te dis que toi ça va être une famille reconstituée. Fait qu'il y a beaucoup de deuils qui se sont faits avant si on peut dire.*

Q: Ok, tu t'étais déjà fait à l'idée que peut-être t'allais rencontrer une fille qui avait déjà des enfants?

H: *Oui c'est ça. Comme celles que je rencontrais avant Josée, c'était ça. Ou celles qui n'ont pas d'enfants rendues à cet âge-là, c'est parce qu'elles n'en veulent pas. C'est une option que je n'avais pas regardée de rencontrer quelqu'un de plus jeune! [rires]. Fait que ça, c'était comme une réalité que j'avais quand même eh... je dirais analysée et vue comme eh...comme une très forte possibilité » (Serge).*

Pour des raisons qui touchent plus particulièrement la maladie, Juliette a vécu sensiblement le même cheminement : issue d'une famille de trois filles, elle a dû affronter le décès de ses deux sœurs (emportées en bas âge par la fibrose kystique) et a toujours affirmé ne pas vouloir d'enfants : « *Moi, je viens d'une famille où j'ai deux sœurs qui sont décédées de la fibrose kystique. Alors, moi je ne voulais pas d'enfant malade, ça c'est sûr! À l'époque où nous nous sommes connus, on ne savait pas c'était quoi le gène qui provoquait la maladie alors il n'était pas possible de le dépister avant la naissance. Moi, c'était clair que je ne voulais pas d'enfant malade!* » (Juliette). C'est seulement en avançant en âge, en voyant autour d'eux se multiplier les enfants (des amis et de la famille) et aussi en constatant les progrès médicaux (qui permettent dorénavant de dépister la maladie en cours de grossesse) que Juliette et Kevin ont envisagé l'idée d'avoir un enfant. Puis des problèmes successifs de kystes ovariens et d'endométriase ont rendu le processus de reproduction plus difficile et ont finalement conduit à une hystérectomie, c'est-à-dire à l'ablation complète des ovaires et de l'utérus de Juliette.

L'hypothèse de vivre sans enfant suscite diverses réactions : certains ont entrevu cette possibilité à un moment ou l'autre de leur trajectoire alors que pour d'autres, vivre sans enfant ne constituait tout simplement pas une option. Aussi, les possibilités évoquées en regard des priorités retenues sont variables : certains favorisaient le maintien de leur couple, peu importe la décision de l'autre de vouloir ou non un enfant (qu'il soit biologique ou adopté); d'autres, surtout les femmes, plaçaient l'enfant au centre de leurs priorités et auraient difficilement pu demeurer avec un conjoint qui refusait de voir au-delà de l'enfant biologique et des démarches médicales. Par contre, tous les propos témoignent d'une forte valeur accordée à l'enfant (dans le sens général) et au fait de "faire famille". Une importance qui s'explique aussi en grande partie par les

trajectoires des couples concernés : ce sont tous des couples qui ont connu initialement des problèmes d'infertilité et qui ont persisté dans leur quête d'enfant, une quête qui les a menés vers l'adoption.

#### **4.2.2 L'infertilité : une maladie, un état, un symptôme?**

Techniquement, comme on l'a déjà mentionné, l'infertilité est définie comme une *difficulté à concevoir un enfant après un an de relations sexuelles régulières, sans contraception et avec le même partenaire*. À cette définition doivent être ajoutées certaines considérations historiques et sociales. L'infertilité demeure un concept récent qui a progressivement (mais non totalement) remplacé celui de stérilité. Au fur et à mesure que s'est développée la médecine reproductive, la stérilité, considérée comme un état irrémédiable, a cédé sa place à l'infertilité, laquelle ne réfère non plus à l'impossibilité de concevoir un enfant, mais plutôt à une difficulté de concevoir celui-ci dans les délais déterminés par le projet de conception du couple : « *Cette notion relativement récente d'infertilité tend à dissoudre la notion plus ancienne de stérilité, d'autant plus que les techniques de manipulation de gamètes et d'embryons projettent l'idée qu'il n'y a plus de stérilité incontournable. Il est, en effet, de plus en plus rare qu'une personne ou un couple se voit donner un diagnostic de stérilité* » (Ouellette 1993 : 239). Ainsi, depuis l'apparition des nouvelles technologies reproductives et plus particulièrement encore de la fécondation in vitro, la notion d'infertilité a remplacé celle de stérilité comme façon de désigner l'incapacité reproductive : « *L'infertilité réfère à un état médical et social liminal dans lequel la personne affectée navigue entre la capacité et l'incapacité reproductive : "l'infertile" est la personne qui n'est pas encore enceinte mais qui souhaite mener une grossesse à terme et avoir un bébé* » (De Lacey et Sandelowski 2002 : 35). Par ailleurs, les cliniques d'aide à la procréation répondent aujourd'hui à des demandes qui dépassent largement le cadre médical et biologique de l'infertilité et qui relèvent davantage d'une forme d'infertilité sociale : c'est le cas par exemple des femmes seules ou des couples lesbiens qui choisissent d'avoir recours à l'IAD (insémination artificielle avec donneur de sperme), ou encore, dans d'autres pays, des couples gays qui ont recours au don d'ovocytes et/ou à une mère porteuse.

Mais la définition de l'infertilité ne fait pas l'unanimité. Selon la perspective féministe adoptée par la *Fédération Québécoise pour le Planning Familial* (FQNP), l'infertilité pourrait aussi être considérée comme un état, celui de ne pas être mère (ou de ne pas être mère une fois de plus). Cet état en soi ne serait pas problématique pour une femme qui ne veut pas fonder une famille et qui, par le fait même, n'est pas préoccupée par l'absence d'enfant. Par contre, l'infertilité lorsqu'elle est associée à un désir d'enfant non comblé et à un délai de conception de plusieurs mois ou de plusieurs années se présente sous un angle différent (FQNP 2006 : 8).

Les avancées en médecine reproductive participent également au mouvement de médicalisation de l'infertilité et tendent à présenter celle-ci comme une maladie ou comme un symptôme d'une ou de plusieurs dysfonctions organiques ou hormonales qui nécessitent non seulement un diagnostic, mais aussi des traitements et une intervention directe sur les parties défaillantes des corps concernés. Ce point de vue est partagé par certains participants, dont Marie-Claire qui compare l'infertilité au cancer:

*On a un ami, lui il nous disait : ‘vu que tu ne peux pas en avoir naturellement, tu ne te dis pas : ‘peut-être que je ne devrais pas en avoir’’. Pour nous, c'était comme ‘là non, on va l'essayer’’. C'est comme si t'as le cancer, il y a des médicaments, il y a la technologie plus avancée maintenant; pourquoi tu la refuserais? C'est la même chose: maintenant ils ont trouvé des technologies qui permettent de fertiliser l'embryon, et après ça, ils te l'implantent directement. Nous autres, dans notre tête, c'était ‘pourquoi dire non?’’. On peut comparer ça à quelqu'un qui est malade, et il y a la technologie qui avance fait que dans le fond on en profite, c'est tout (Marie-Claire).*

Mais le statut de l'infertilité demeure controversé : une vision de l'infertilité basée sur la maladie est revendiquée par certains couples infertiles qui souhaitent par exemple, sensibiliser le public à leur situation et encourager le système de santé à prendre en charge les traitements en clinique d'infertilité ainsi que les coûts qu'ils impliquent. Par contre, la définition de l'infertilité comme ‘‘désordre médical’’ comporte d'autres implications souvent sous-estimées par les couples: elle confine ‘‘l'infertile’’ dans un rôle de patient et crée inévitablement des attentes chez ces couples qui font confiance à la médecine pour les guérir : « *Les couples infertiles considèrent souvent leur infertilité comme une maladie chronique en raison justement de l'existence des nombreuses NTR (nouvelles technologies reproductives) difficilement contournables, mais qui n'arrivent pourtant pas, dans bien des cas, à les guérir* » (De Lacey et Sandelowski 2002 : 43). Ainsi, chez les

participants, certains refusent de qualifier l'infertilité de maladie, même s'ils reconnaissent les douleurs et les déceptions qu'elle entraîne:

F : *Toi t'arrives (chez le médecin) et t'es juste comme, tu voudrais juste quelque chose de normal à tes yeux, et tu dis "mais pourquoi je ne l'ai pas". Mais pour eux autres (les médecins) tu n'as pas tant de problèmes que ça. Maintenant je comprends que, je comprends qu'elle (la gynécologue), elle n'avait pas le temps de...*

H: *C'est parce que c'est plus des problèmes psychologiques et émotifs, tu n'es pas malade quand tu n'as pas d'enfant. Il n'y a rien qui dit que le corps est sensé automatiquement avoir des enfants. C'est ça, c'est de même, c'est ton destin, et t'as les cheveux noirs, t'as les cheveux blancs, t'as les oreilles décollées... (Serge et Josée).*

La médicalisation de l'infertilité s'inscrit spontanément dans un contexte de valorisation du progrès médical dans lequel les médecins apparaissent comme des personnes devant remédier à la maladie. Comme le rappelle Becker (2000), la plupart des personnes qui vont en procréation médicalement assistée sont assez jeunes et en santé; elles n'ont pas encore été confrontées à la possibilité que le médecin ne puisse les guérir et s'imaginent d'entrée de jeu que celui-ci va trouver une solution à leur infertilité. Cette idée de la "médecine miraculeuse" est d'ailleurs encore plus palpable dans les forums de discussion où les femmes s'encouragent et se soutiennent dans leurs démarches et traitements en infertilité : « *Finally, mon message est pour vous dire de ne pas baisser les bras. N'écoutez pas que les mauvaises histoires; des belles, il y en a. Entourez-vous de positif et faites-vous confiance. La nature tout comme la médecine font des miracles* »<sup>3</sup>. La propension à situer l'infertilité à l'intérieur de l'analogie "machine brisée, parties à réparer", à endosser une interprétation physique de l'incapacité reproductive et à rechercher une solution médicale à cette incapacité constitue indéniablement une tendance très forte chez les couples infertiles. Par contre, les hommes et les femmes concernés ne parlent jamais de leur infertilité strictement en termes mécaniques : comme nous le verrons ultérieurement, leur infertilité est toujours abordée dans une optique et un esprit plus larges qui concernent leur identité, leur couple, leurs familles élargies et la société dans laquelle ils vivent.

#### 4.2.3 Les préjugés liés à l'infertilité

Parce que les anciennes sociétés ne savaient pas comment expliquer la conception ou encore l'incapacité à enfanter, l'infertilité était alors interprétée comme un acte de Dieu ou comme le

<sup>3</sup> <http://www.mamanpourelavie.com/forum/sujet/comment-la-cher-prise>



résultat d'un péché. Dans la Bible, la femme sans enfant inspire le tragique et l'incomplet; les épouses stériles sont comparées à des champs sans récoltes ou encore à des arbres sans feuilles (Spar 2006 : 7). Et au-delà de ces images, ce sont toujours les femmes qui sont tenues responsables de leur sort. Ainsi, pendant des milliers d'années et pour des millions de femmes, la stérilité est demeurée un état silencieux et irrévocable, une condition honteuse.

La plupart des couples interviewés hésitent à affirmer l'existence de tabous ou de préjugés envers l'infertilité et la stérilité. L'infertilité n'est plus une source de stigmatisation sociale et, les progrès médicaux aidant, elle a aussi cessé d'être strictement associée à la femme. D'ailleurs, il semble que l'infertilité masculine ait largement dépassé l'infertilité féminine au rang des tabous et de l'ébranlement des identités de genre : *« Mais ce que je pense par rapport aux tabous, c'est que quand c'est l'homme qui vit l'infertilité, c'est plus difficile à accepter que la femme. Comme moi, ma sœur, c'est son conjoint qui est infertile, et lui au début, il ne voulait pas nous le dire et il ne voulait pas le dire à sa famille non plus. Même ses amis ne sont pas au courant, lui il ne veut pas en parler »* (Marie-Claire). En effet, du côté masculin, la virilité demeurant fortement associée à la capacité reproductive, l'impossibilité de procréer attaque plus directement l'identité masculine:

Q: Sinon, diriez-vous que c'est un certain tabou l'infertilité?

H: *Oui, je pense que oui. Oui, parce que tu as toujours le: "Moi, je suis un homme, moi je suis capable!" C'est le côté de la virilité surtout pour l'homme. Côté féminin, je l'ai moins perçu, je ne sais pas, côté féminin... on en a parlé un peu, mais sinon, mon milieu à moi, c'est des fans de hockey, des groupes de gars, etc.* (Alain).

Socialement, le sperme représente plus qu'un simple matériel reproductif et qu'une semence essentielle à l'enfantement, il symbolise la performance masculine tous azimuts : *« Il est bien difficile pour un couple de devoir faire face à la stérilité d'un des partenaires et cela est encore plus vrai pour l'homme qui vit toujours plus ou moins l'association symbolique entre infertilité et impuissance sexuelle »* (Delaisi de Parseval 2002 : 279). C'est ce constat qui a d'ailleurs amené L.J. Moore à qualifier le sperme de *"man's most precious fluid"* (Moore 2007). Dans un article intitulé *"The Threatened Sperm: Parenthood in the Age of Biomedecine"*, S. Lundin (2001) aborde la question des difficultés identitaires liées à la stérilité masculine et montre comment le sperme "non performant" de l'homme infertile est symboliquement associé à une réduction de la virilité et à une sexualité atrophiée. Le sperme pose l'inévitable connexion entre sexualité, reproduction et masculinité : *« c'est dans cette inévitable connexion entre sexualité et production*

*d'un enfant que l'image de l'homme est modelée. C'est là que s'établit la connexion physique incontournable entre sexualité et masculinité* » (Lundin 2001 : 146). Parallèlement, les commentaires de l'entourage amenés sous formes de "blagues" concernent dans presque tous les cas la capacité sexuelle de l'homme, ou encore celle du couple, mais jamais seulement celle de la femme:

*C'est sûr que tu te fais faire plein de jokes niaiseuses du genre "peut-être que vous ne savez pas comment faire!" ou "t'as juste à dire à ton chum de se forcer et ça va marcher"... des conneries de même. Parce que les gens, ils veulent traiter ça à la légère, mais ils ne savent pas que toi, dans le fond de toi, tu le vis pas mal plus dur* (Josée).

*C'est toujours: quelqu'un va te dire: "T'as juste à me le dire Alain, je vais y aller avec ta femme, je vais te montrer comment!" Toujours des commentaires niaiseux qui se font. Mais ça, c'est beaucoup plus masculin que féminin (rires). Les gens ne réalisent pas que ça peut toucher vraiment, que ça peut affecter. Ce n'est pas pour mal faire, c'est en blague, mais au point où nous étions rendus, nous ne trouvions plus ça drôle. À ce moment-là, tu te dis qu'il y a peut-être des préjugés. En arrière de ces jokes-là. Ça vient de quelque part* (Alain).

*La plupart des gens ne comprennent pas. Combien de fois, à la blague, on s'est fait dire: "Ben voyons dont, moi j'en ai fait 3 à ma blonde. Viens, je vais te pogner juste un soir et je vais t'en faire un! Ton chum n'a pas le tour!" Je me dis qu'il y en a qui ne comprennent pas bien... même si c'est à la blague* (Laurence).

Dans l'ensemble, les idées préconçues liées à l'incapacité d'enfantement ne sont donc pas disparues: elles persistent et concernent la plupart du temps soit le manque de vigueur sexuelle (particulièrement masculine) ou encore l'état psychologique du couple (comme le stress, la fatigue) :

*Il y en a qui me disaient que j'étais trop stressée et de vendre le restaurant. Mais qu'est-ce que tu veux que l'on fasse pendant ce temps-là, on ne va pas rester assis sur notre derrière! Il y en a plein qui jugent... c'est sûr que ça nous faisait quelque chose parce que, oui nous sommes stressés, mais la vie roule comme pour tout le monde et c'est sûr que nous voulions réussir dans notre vie professionnelle aussi. Nous avons des buts à atteindre et oui, c'est vrai qu'en restauration, ce n'est pas facile, mais il y a des architectes qui font la même chose, il y a du monde dans tous les domaines et ils ont des enfants quand même!* (Odile)

*Il y a toujours quelqu'un dans ta famille qui dit "Coup donc, qu'est-ce qu'elle a? C'est bizarre, ça ne marche pas? T'es-tu faite vérifier? C'est peut-être Charles?" Mais Charles s'était fait vérifier, il avait fait les tests. Parce qu'à un moment donné, on a dit "ça pourrait être lui". Mais non, Charles était ben correct. Et là ils me disaient: "Tu dois être trop stressée!" Non, je ne suis pas stressée. C'est vrai que je suis de nature très... je fais mille et une choses, mais je me disais : "Voyons!"* (Suzanne).

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à s'être fait dire qu'elles y pensaient trop, qu'elles devaient décrocher, faire autre chose et qu'un moment donné, la cigogne allait passer.

Quoique la vision des causes de l'infertilité demeure ancrée dans le corps (fluide pour l'homme, état psychologique pour la femme), il reste que les facteurs physiologiques et les problèmes physiques potentiels (endométriose, kystes ovariens, trompes ou canaux bouché(e)s), sont peu connus par l'entourage et par le fait même, très peu soulevés pour expliquer l'infertilité.

Par contre, hier comme aujourd'hui, l'infertilité demeure largement associée à la sexualité et en ce sens, elle relève symboliquement de la sphère privée et intime. Par conséquent, et ce à plusieurs égards, elle se déploie et se vit dans la discrétion et le secret. Ainsi, plusieurs couples mentionnent qu'ils n'ont jamais parlé ouvertement à leur entourage de leurs problèmes d'infertilité et que peu de gens étaient au courant de leurs démarches médicales : « *Nous, quand on a eu notre première insémination, il y a un de nos couples d'amis qui était au courant. Nos familles n'étaient pas au courant. Pour nous, c'était surtout l'idée que ça ne regarde pas personne. Si ça marche c'est correct, et si ça ne marche pas, on ne veut pas avoir de compte à rendre... On n'avait pas le goût de vivre ça. C'était personnel. Tabou? Non. Je ne pense pas* » (Geneviève). Par exemple, certaines femmes confirment qu'elles n'ont pas abordé ce sujet dans leur milieu de travail et qu'elles s'organisaient autrement pour justifier leurs absences: « *Quand tu vas aux inséminations, t'annonces pas ça au bureau où tu travailles "aujourd'hui je vais me faire inséminer!" Il faut toujours que tu te trouves une défaite pour être capable de partir. Mais quand ça arrive à tous les mois, il y en a qui se posent des questions* » (Zoé). Les propos de Jeanne (ci-dessous) sont similaires, mais vont plus loin; ils montrent comment les problèmes d'infertilité, d'abord confinés dans le secret et l'inconnu, sont vécus différemment lorsqu'ils sont partagés avec d'autres personnes qui vivent une situation semblable. L'infertilité cesse alors d'être vécue comme une condition marginale et devient un phénomène plus commun aux yeux du couple. D'ailleurs, plusieurs des participants ont mentionné connaître un nombre grandissant de couples éprouvant des difficultés de conception: « *La première fois que je me suis faite opérée pour mon endométriose, écoute, j'ai fait passer ça pour des kystes, j'ai dit que j'avais des kystes qui avaient explosé dans le ventre. Ça ne se disait pas, et je n'avais personne autour de moi. Puis je l'ai dit à une personne et cette personne m'a référée à quelqu'un d'autre qui avait eu le même problème, puis d'un coup, je me suis rendu compte qu'autour, il y avait de plus en plus de couples comme nous* » (Jeanne).

Les préjugés ou les idées préconçues vis-à-vis de l'infertilité n'ont pas forcément disparu, mais se sont plutôt déplacés: certes, les couples qui n'arrivent pas à concevoir d'enfant ne sont plus stigmatisés ou diminués socialement. Les femmes, longtemps considérées comme les seules coupables de l'infertilité ou de la stérilité du couple, n'ont plus à vivre dans la honte. Notons également que la multiplication des familles reconstituées a pour effet de rendre l'infertilité moins visible, un constat d'ailleurs relevé par un des participants : « *Mais il y a encore des préjugés dans la société face à ça (face au fait de ne pas avoir d'enfants). Ils sont moins évidents. Aujourd'hui, c'est difficile à suivre parce qu'avec les familles reconstituées, c'est difficile de voir si une femme a des enfants, ce ne sont peut-être pas les siens. Fait que ça, ça change aussi le jugement* » (Jérôme). Par contre, l'incapacité reproductive d'un couple continue de susciter des commentaires qui relient spontanément reproduction et performance sexuelle. De plus, il semble que ce soit surtout l'impossibilité d'accéder au statut de parent (conséquence directe de l'infertilité) qui affecte le plus directement la vie des hommes et des femmes concernés, la norme sociale étant de faire des enfants après une certaine période de vie commune<sup>4</sup>. Ainsi, plusieurs participants mentionnent s'être lassés des questionnements liés à leur situation de couple sans enfant :

*Les gens ne sont pas conscients de ce que les couples vivent, ils pensent que c'est facile de devenir enceinte. Ils disent que j'y pense trop : "Tu es trop stressée!" C'est sûr que tu reçois aussi des come-back du genre: "Ah, vous n'avez pas d'enfants encore?" mais dans le fond, ce n'est pas juste avec l'infertilité, on le sait que c'est pareil avec les couples qui décident de ne pas avoir d'enfant. C'est plus de la frustration qu'on vit socialement, mais je ne peux pas dire que nous sommes victimes de préjugés* (Danielle).

Par contre, sur le plan social, le caractère prétendument incontournable de la parentalité demeure questionnable: d'un côté, l'idéologie pro-nataliste incarne la croyance que la valeur sociale d'une personne est liée à la procréation et continue de lier l'identité de l'homme et de la femme à leur capacité reproductrice (Parry 2005 : 277). De l'autre, les rôles disponibles pour les femmes se sont multipliés au cours des cinquante dernières années et avoir ou ne pas avoir d'enfants dans la société occidentale est d'abord perçu, selon Balen et Inhorn (2002), comme un choix personnel, un projet de vie égal à celui, par exemple, de se bâtir une carrière professionnelle. Selon ces mêmes auteurs, cela a aussi contribué à rendre le désir d'enfant profondément personnel et, par le fait même, à enchâsser l'infertilité dans un contexte marqué par l'individualisme, la liberté de

---

<sup>4</sup> Voir la section 4.2.4-c) intitulée "Situer l'infertilité dans un espace social" dans laquelle il est justement question des cadres sociaux dans lesquels s'inscrivent le vécu et l'expérience de l'infertilité.

choix et le contrôle de sa propre vie. Cette situation favorise le repli du couple sur lui-même (le désir d'enfant s'inscrit et se vit dans la sphère conjugale) et contribue parallèlement à une moins grande implication de l'entourage dans l'expérience de l'infertilité vécue par le couple et, conséquemment, à une moins grande compréhension. Par exemple, la plupart des couples interrogés dans la présente recherche considèrent que l'expérience de l'infertilité concerne d'abord le couple et ils avouent ne pas avoir parlé ouvertement à leur entourage des essais et démarches médicales entreprises pour avoir un enfant<sup>5</sup>.

Certes, l'enfant, et plus largement le fait de "faire famille", continuent d'être socialement valorisés; par conséquent, la pression de "normalisation" qui s'exerce sur les couples n'a pas totalement disparue. Par contre, d'autres facteurs interviennent et influencent à leur tour les définitions et les représentations de la famille et de l'enfant: c'est le cas, par exemple, de l'implication des femmes sur le marché du travail, des recompositions familiales ou encore de la tendance à situer l'espace familial dans un cadre plus individualiste et à considérer l'enfant comme une source de réalisation et d'épanouissement personnels.

#### **4.2.4 Les enjeux identitaires, conjugaux et sociaux de l'infertilité**

Les enjeux identitaires, conjugaux et sociaux liés à l'infertilité sont multiples et les remises en question qu'ils impliquent sont souvent vécues difficilement par la plupart des individus et des couples concernés. Les propos des participants illustrent concrètement ces difficultés et font aussi état d'une uniformité notable, voire surprenante, en ce qui a trait aux rôles sexuels et aux statuts (féminins et masculins) distincts en regard de la reproduction et de l'enfantement. Les enjeux reliés au vécu de l'infertilité sont abordés sous trois angles distincts: une première partie s'intéresse aux enjeux identitaires et à la question du genre dans la façon d'aborder et d'appréhender l'infertilité. Dans un deuxième temps, c'est la dimension conjugale qui retient notre attention, c'est-à-dire l'impact de l'infertilité sur le couple. Puis, finalement, une troisième partie explore la dimension sociale de l'infertilité et tente de déterminer en quoi celle-ci constitue

---

<sup>5</sup> Dans bien des cas, c'est le début des procédures d'adoption qui marque un point tournant: c'est souvent à ce moment bien précis que le désir d'enfant du couple devient connu de l'entourage et qu'il revêt un caractère public.

une expérience publique qui doit être négociée avec la famille, le milieu de travail et l'entourage plus élargi.

#### 4.2.4-a) L'infertilité comme cassure identitaire « genrée »

Dans une étude portant plus précisément sur la stérilité masculine, Perret (1994) souligne que le fait de se reproduire « renvoie immanquablement à ce qui touche à la descendance et au souci que tout un chacun a d'échapper à la mort » (1994: 130). Ainsi, dans bien des cas, l'infertilité se présente comme une cassure dans la suite des événements imaginés par le couple, une cassure d'autant plus importante que la contraception a laissé croire que le processus de reproduction était parfaitement prévisible et sujet au contrôle humain. Par conséquent, la perte de contrôle sous-jacente à l'infertilité est souvent difficile à gérer :

*Quand on désire avoir quelque chose, souvent... ben en plus, notre génération, pas les autres générations, je te parle vraiment juste de notre génération, quand on veut quelque chose, on part et on va le chercher! Ou tu économises pour l'avoir parce qu'il y a des choses qui sont plus dispendieuses. Alors, à partir du moment où tu décides d'avoir un enfant (tu remarqueras que c'est pas mal ça) il faudrait que tu tombes enceinte pas mal là là, parce que LÀ, tu es prêt! Avant ça, tu n'en voulais pas tout de suite, tu n'étais pas prêt! Mais là, tu le veux et quand tu le veux, tu le veux là! Et là, tu n'arrives pas à avoir ce que tu veux. C'est dur de désirer quelque chose et de ne pas pouvoir l'avoir! (Laurence).*

D'un côté, le contrôle de la reproduction via la contraception situe l'enfantement dans un espace prévisionnel (ou disons de calcul) et va dans le même sens que l'adage « un enfant si je veux et quand je veux ». De plus, l'enfantement est abordé comme un phénomène naturel, comme une capacité intrinsèque à chaque être humain. Il devient alors un « phénomène naturel contrôlable » : « L'infertilité te met devant la réalité que d'avoir des enfants... parce que souvent ça a l'air d'être un droit acquis ou comme une normalité. Quand t'es confronté à ça (infertilité), tu dis "oups!" Ça te remet les yeux dans les trous. Ce n'est pas toujours comme dans le livre. Ça fait réfléchir différemment. Des enfants, on ne se pose pas la question ; "ça arrivera tu, ça arrivera tu pas? Ça va arriver". Point. C'est quand il n'arrive pas que ça chambarde bien des affaires » (Jérôme).

Il est donc vrai que dans notre société, l'infertilité agit comme élément déstabilisateur et qu'elle est profondément en rupture avec la prévisibilité et l'organisation du présent et du futur du couple (Becker 2000). Ainsi, les problèmes d'infertilité font poindre une nouvelle réalité qui n'avait pas

été envisagée par les couples et qui, dans certains cas, affecte profondément les identités de genre:

*C'est sûr que tu te demandes s'il y a un truc qui ne marche pas en toi. Tu te dis 'bin voyons, est-ce que j'ai un défaut de fabrication?, Qu'est-ce qui se passe?' Et en plus, moi, j'avais tout le temps des belles courbes de température, fait que tu te dis 'bin voyons il est où le problème?'' C'est sûr que par rapport à ma féminité, j'ai eu des questionnements. Un moment donné tu te dis 'Mais est-ce que je suis une vraie femme?'' Ça fait ça dans ta tête un peu, parce que tu te dis que le lien de la femme avec la fécondité... ça fait partie de ton identité et même encore des fois, à chaque menstruation, je me dis 'moi ça m'aura servi à rien dans ma vie d'avoir ça''. C'est comme tout l'appareil que j'ai là, il n'aura jamais servi à rien, et j'ai enduré tous les maux qui vont avec [...] Mais ça ne me manque pas d'avoir un bébé dans mon ventre. Ça, ça ne m'a jamais manqué. Non c'est vraiment plus par rapport à la féminité, c'est vraiment ça qui a été le plus eh... comme si t'étais pas une vraie femme parce qu'une femme pour moi, c'est complet dans la maternité (Josée).*

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à soulever cette question et à insister sur l'importance de la maternité dans la définition identitaire féminine : « moi, quand j'ai eu mes règles la première fois, j'étais contente; c'est ce qui allait me permettre d'être mère! Tu comprends-tu? Donc d'enfanter un enfant de mon conjoint, dans ma conception à moi... c'est peut-être d'une vieille génération, mais c'était de lui prouver l'amour que j'avais pour lui. Tous ces deuils-là, il a fallu que je les vive parce que je n'en créais pas moi d'enfant » (Danielle). Par contre, les positions et les explications mises de l'avant par les participants entrent parfois en contradiction : d'un premier abord, l'infertilité masculine attaquerait plus directement la masculinité des hommes. Par contre, tant les hommes que les femmes s'accordent pour dire que l'infertilité et le fait de ne pas pouvoir enfanter ont un impact plus important pour la femme qui en plus de devoir renoncer à un enfant biologique, se voit refuser l'accès à la grossesse<sup>6</sup> : « c'était surtout de le porter, je voulais porter un enfant. Quand tu es une femme, tu as le goût d'avoir un enfant et de vivre une grossesse. Je ne sais pas... j'avais le goût de ça » (Catherine). Dans une étude qui explore comment se pose la question de l'enfant chez des adultes de plus de 40 ans qui en n'ont jamais eu, Donati (2003) soutient que « les hommes semblent moins concernés par la norme de la procréation » et que le fait « ne pas être père, ne porte pas atteinte à leur identité sociale » puisque la paternité est entrevue comme une « dimension secondaire de leur identité qui

<sup>6</sup> Plusieurs participants (tant chez les hommes que chez les femmes) considèrent les problèmes d'infertilité de la femme moins lourds qu'un verdict d'infertilité masculine, dans la mesure où l'infertilité masculine est considérée plus irrévocable que les divers problèmes féminins : « j'étais préparé à l'idée que c'était peut-être ma faute et j'étais prêt à entendre la nouvelle que c'était ma faute (l'infertilité). Quand j'ai entendu que non, c'était plutôt la faute des trompes de Fallope bloquées, j'ai tout de suite pensé, 'ce n'est pas grave, on va trouver une solution'' : je pensais comme ça tout le temps » (Robin)

*la renforce mais qui ne la définit pas totalement* » (2003 : 49). Selon l'auteur, la situation se pose tout autrement pour les femmes sans enfant qui doivent subir des jugements plus négatifs en regard des normes sociales qui définissent le couple et la famille: « *Notre société définit un temps légitime pour l'amour autosuffisant, celui de la rencontre et de la mise en couple. Mais ce temps doit être dépassé et ouvrir sur le désir d'un lien plus altruiste : celui de la parentalité* » (Donati 2003 : 50).

Dans le cas de la présente recherche, il est aussi possible que les difficultés vécues par les hommes sur le plan identitaire ou émotif soient tout simplement moins bien exprimées par ces derniers, comme le soulève d'ailleurs Alain : « *C'est des bouts difficiles. Je ne peux pas te dire lequel des deux prend ça plus mal que l'autre. Je pense que pour le côté féminin, c'est peut-être plus dur parce que la femme le sent peut-être en elle. Ce sont des grosses déceptions et peut-être qu'elles l'expriment plus que nous autres* » (Alain). La même observation est relevée par une internaute dans une discussion au cours de laquelle les femmes partagent les difficultés qu'elles rencontrent dans leurs démarches : « *Hum... moi les filles je pense que vos copains sont juste comme tous les gars... nous les filles, on sent le besoin de débattre du sujet en long et en large mais pas eux. Moi non plus mon chum n'a jamais vraiment voulu qu'on en parle...et c'est encore comme ça. Des fois j'ai l'impression qu'il préfère oublier* »<sup>7</sup>. Chose certaine, en contexte d'entretien (et cela est probablement aussi dû au fait que ces hommes sont aujourd'hui devenus pères adoptifs), les hommes demeurent assez discrets sur ce sujet et hésitent à s'exprimer directement sur l'effet de l'infertilité sur leur identité masculine ou encore sur l'importance qu'ils accordaient au départ au fait d'avoir un enfant biologique. Par exemple, lors d'une situation en particulier, alors que l'homme avait quitté temporairement l'entretien pour aller coucher l'enfant, sa femme a mentionné que son mari tenait un peu plus qu'elle à entreprendre des démarches en clinique d'infertilité, et qu'il souhaitait beaucoup avoir un enfant biologique, du moins initialement. Pourtant, plus tard en cours d'entrevue, l'homme, ayant alors réintégré la discussion, soutenait que la "provenance" de l'enfant lui importait peu: « *moi je voulais un enfant: biologique, pas biologique, ça ne me dérangeait pas* » (Christian). Dans ce cas-ci, l'homme n'aborde pas du tout la question du désir d'enfant biologique ni les difficultés identitaires liés aux

---

<sup>7</sup> <http://www.dlvdm.com/forum/index.php?act=Print&Client=printer&f=47&t=172733>



échecs médicaux et n'eût été des premiers propos de sa femme, il aurait été impossible de connaître cette version antérieure: une réaction qui peut s'expliquer par une tendance masculine à demeurer plus discret sur ces questions, mais qui peut aussi être associée à un désir de protéger sa femme d'un quelconque sentiment de culpabilité (infertilité féminine). Certes, d'un premier abord, cette situation (Laurence et Christian) semble passablement contradictoire : par contre, l'analyse des trajectoires des participants montre comment leurs représentations et leurs définitions de la reproduction, de l'enfant et de la famille dans son ensemble se sont modifiées et transformées au fil du temps et des expériences vécues. L'entretien, ayant lieu dans un cadre ponctuel, met davantage en évidence les représentations qu'ils entretiennent à ce moment précis de leur trajectoire et rend plus difficilement accessibles les représentations primaires.

N'empêche que dans l'ensemble, les participants sont nombreux à croire que les problèmes d'infertilité ne sont pas vécus de la même façon par les hommes et par les femmes. D'une part, les hommes exprimeraient moins leurs sentiments et seraient plus enclins à endosser le rôle du "supporteur qui épaulé sa conjointe dans cette épreuve". Plusieurs hommes admettent avoir ressenti le besoin de protéger leurs femmes des souffrances vécues et renouvelées (presque chaque mois pendant parfois plusieurs années):

*Une autre conséquence pour moi qui, je pense, était dans ma tête, c'est que c'était important pour moi d'être comme... je ne sais pas... d'être plus fort, d'être le gars fort de notre couple parce que j'ai vu qu'elle était dans une situation délicate au début. Elle était tellement déçue qu'on ne puisse pas avoir d'enfant, sa famille était vraiment détruite aussi par la nouvelle, alors pour moi eh... moi j'ai réagi moins que tout le monde, pas parce que je le voulais, mais parce que je me suis mis la pression d'être solide émotionnellement. Mais à ce moment-là, je me disais qu'il fallait que je sois stable et solide, que je sois fort pour elle, pour sa famille aussi. (Robin)*

H: *Pendant des années, à chaque mois, il faut que tu la remontes parce qu'elle a le moral à terre. Faut pas que tu... moi je me l'étais dit au début "Faut que tu montres que..."*

F: *Il me frustrait dans ce temps-là, c'était encore pire!*

H: *Ouin, mais si j'étais tombé dans le même pattern que toi, ç'aurait été démoralisant*

F: *Oui c'est vrai*

Q: *OK, toi t'essayais de garder le moral pour pas...*

H: *Oui, je me l'étais tellement dit au début qu'il ne fallait pas que ça paraisse, que je me suis fait une carapace et ça me faisait plus rien.*

Q: *Fait que toi t'essayais de garder un peu le contrôle de la situation?*

H: *Tu n'as pas le choix, elle, elle est à terre, ça prend quelqu'un pour la remonter là!*

F: *T'as bien fait ça [rires] » (Jeanne et Paul)*

*Christian, il m'a tout le temps dit "Laurence, toi ça t'affecte beaucoup plus que moi fait que si moi aussi je panique, comment je pourrai faire pour te rassurer ?". Et en plus Christian,*

*c'est un tempérament comme ça là, toujours calme et qui ne parle pas beaucoup. Il est comme ça Christian, ce n'est pas une personne stressée de nature, très rarement des problèmes et pas mal juste des solutions. Il est vraiment comme ça, mais des fois ça me fâchait, je venais en maudit après parce qu'il n'était pas assez stressé, il n'était pas assez sur les nerfs: "Comment ça donc, tu ne m'en parles jamais et c'est toujours moi qui t'en parle, comment ça donc?!" "Ouin mais Laurence, s'il fallait que je sois comme toi, c'est sûr que ça ne marcherait pas" Fait que de par sa façon d'être, il me rassurait (Laurence).*

À plusieurs égards, les rôles sexuels en contexte d'infertilité semblent assez marqués : si c'est souvent à l'homme qu'incombe la tâche de supporter les déceptions vécues par les femmes (déceptions prétendument plus intenses pour elles que pour eux) et de conserver une attitude optimiste et forte, celles-ci sont tout de même loin de se poser dans un rôle de victime. Dans plusieurs cas, c'est la femme qui entreprend de nouvelles démarches, qui émet des propositions et qui pousse la réflexion vers d'autres alternatives<sup>8</sup> : « *Ça a été difficile pour Fabrice parce que... lui il fallait qu'il donne son sperme, et ce n'est pas naturel et les gars là... Fabrice en tous cas, lui il disait "Bin laisse donc faire la nature!". C'est toujours moi qui l'amenais vers les eh... lui il aurait laissé faire la nature. Comme pour l'insémination, c'est moi qui amenais des solutions possibles. Je pense que je forçais plus que lui; en même temps, il embarquait fait que j'imagine que je ne forçais pas tant que ça* » (Odile).

D'autre part, les hommes seraient plus attachés à la fierté liée au fait de se reproduire : « *je pense que pour un homme c'est différent aussi. Pour eux, l'infertilité, ça vient comme affirmer que leur testostérone de mâle n'a pas marché et qu'ils n'ont pas été capables de faire un bébé à leur femme. Leur virilité mâle est remise en question* » (Danielle). Cette position est clairement exprimée dans un forum de discussion traitant de l'infertilité et dans lequel plusieurs femmes échangent au sujet de la réticence de leur conjoint à recourir à l'insémination artificielle avec donneur de sperme : « *Tout d'abord tu dois savoir qu'un homme et une femme ne ressentent pas le besoin d'enfant de la même manière. Un homme voit ses enfants comme une preuve de virilité, des descendants de sa lignée si je peux dire. Il n'arrive pas à faire son deuil de ça, c'est tout. Nous les femmes, un enfant peu importe le père, tant que c'est un enfant en santé qu'on pourra*

---

<sup>8</sup> D'ailleurs, dans presque tous les cas (comme nous le verrons ultérieurement dans la section 5.1), le projet d'adoption est proposé par la femme.

*aimer. L'amour d'un père passe par la fierté : certains sont capables de ça envers des enfants qui ne sont pas les leurs et d'autres ont plus de difficulté»<sup>9</sup>*

Quoique les rôles et identités de genre occupent une place importante dans l'expérience de l'infertilité, il importe quand même de montrer la flexibilité de ces rôles : ce ne sont pas toutes les femmes qui faisaient intervenir la maternité et la grossesse dans la définition de leur identité féminine; dans certains cas, les femmes ressentaient le désir d'avoir un enfant, mais n'étaient pas attirées par la grossesse. Évidemment, le rapport des femmes à l'enfantement a une conséquence sur le vécu de l'infertilité ; les femmes ayant un rapport plus distant à la gestation et à l'enfantement sont aussi celles qui ont vécu le moins difficilement leur infertilité :

*Et moi en plus, ça tombe bien parce que je ne suis pas la fille qui toute sa vie a voulu être enceinte. Ce n'était pas "je m'imagine en bedaine, et je trippe là". Les gens trouvent les femmes enceintes belles; moi je les trouve belles jusqu'à temps qu'elles soient énormes : là je trouve que ça n'a pu l'air trop confortable (rires). Ça aurait été correct si j'avais été enceinte, mais ce n'est pas quelque chose qui me manque, je ne peux pas te dire "j'aurais voulu porter un enfant, j'aurais voulu une bedaine..." fait que tant mieux que ça l'ait tombé sur une fille comme moi d'avoir de la difficulté à avoir un enfant. Imagine la fille à qui ça arrive et qui elle toute sa vie a voulu porter un enfant et l'allaiter (Félicia).*

F : *En fait, moi l'accouchement, ça ne me disait rien du tout du tout du tout du tout*

Q: *Ça te fait peur?*

F: *Oui, oui, ça ne me dit rien du tout du tout. Ça me fait peur et je ne pouvais pas m'imaginer être 9 mois à être stressée de ne pas savoir comment ça va se passer à l'accouchement et tout ça (Laurie).*

Il apparaît donc pertinent de mentionner que malgré l'importance qu'accordent certaines participantes à la maternité et plus précisément à la grossesse, d'autres se distancient de cet élément de définition de l'identité féminine. Une réflexion relativement banale, mais qui démontre que l'accomplissement de la féminité ne passe pas nécessairement et invariablement par le processus d'enfantement.

#### **4.2.4-b) Infertilité et conjugalité**

Sur le plan médical, l'infertilité est la plupart du temps attribuée à l'un ou l'autre des membres du couple et plus rarement aux deux. Parallèlement, l'infertilité est aussi vécue à sens unique en

<sup>9</sup> <http://www.mamanpourlavie.com/forum/sujet/insémination-avec-donneur>

milieu clinique puisque le corps de la femme demeure le principal lieu d'investigation médicale, et ce même lorsque les causes d'infertilité demeurent inconnues ou qu'elles sont attribuables à l'homme.

Par contre, dans le quotidien, la situation se présente différemment et l'infertilité est la plupart du temps vécue et appréhendée comme un défi qui concerne l'homme et la femme à part égale. Les couples sont nombreux à se considérer comme "un couple infertile" et à utiliser cette expression sans égard à celui des deux qui représente plus directement la source de l'infertilité. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette tendance chez les couples à aborder l'infertilité comme un phénomène conjugal : l'infertilité réelle des deux membres du couple, l'expérience et le vécu rattachés à l'infertilité qui concernent les deux parties, le désir de la part de celui qui est fertile d'être solidaire à celui qui est "responsable" de l'infertilité du couple, ou encore le réflexe d'ancrer la reproduction (ou dans ce cas-ci la non reproduction) dans un schème d'abord conjugal. Reste que les couples ne voient pas toujours l'intérêt de signifier à tout un chacun la spécificité de leur infertilité :

*Préjugé? Je ne sais pas. Il y en a beaucoup qui demandent "c'est qui?" Comme si c'était important de savoir si c'est un ou si c'est l'autre. "C'est qui?", ça on dirait que ça travaille les gens de savoir si c'est le gars ou la fille (Zoé).*

*Mais il y a toujours cette question à savoir c'est lequel qui ne peut pas en avoir dans le couple. Des gens avec qui tu commences à discuter et qu'ils voient que tu as deux petites filles adoptées, je pense que ça les chicote: "C'est qui? Est-ce que c'est lui ou c'est elle?" Moi je sais que je me suis déjà fait poser la question carrément: "Pourquoi vous n'avez pas eu d'enfants naturels? Est-ce que c'est toi qui n'es pas capable d'en avoir?" Je ne sais pas si c'est du voyeurisme... (Kevin).*

L'infertilité peut donc être associée au couple dans la mesure où elle s'inscrit dans une dynamique qui implique généralement deux personnes: la personne considérée fertile doit accepter l'état d'infertilité de son couple, dépasser sa propre capacité de reproduction et renoncer à la possibilité d'être fertile avec un ou une autre partenaire. De son côté, la personne infertile doit composer dans bien des cas avec un fort sentiment de culpabilité. L'impact de l'infertilité sur la relation conjugale est donc central et incontournable : un constat somme toute assez logique si l'on considère que l'enfantement est abordé par la plupart des couples comme un acte d'amour, et que l'enfant lui-même constitue le symbole de cette union.

Les causes d'infertilité rencontrées par les participants sont multiples (comme nous l'avons vu dans la section 2.1.2) ; par contre, la plupart du temps, soit elles concernent la femme, soit elles demeurent inexplicables. Ainsi les femmes sont nombreuses à avoir ressenti un sentiment de culpabilité devant l'impossibilité « de donner un enfant » à leur conjoint : « *Ce que j'ai trouvé le plus difficile, c'est de ne pas donner la possibilité à Christian d'avoir un enfant biologique. Moi, je vivais très bien avec le fait de ne pas avoir d'enfant biologique. Vraiment, vraiment, vraiment. Mais je sentais que je le pénalisais parce que c'est moi qui avais un problème d'infertilité. Ils (médecins) nous disaient que lui il avait presque du sperme bionique! C'est quasiment ça qu'ils lui disaient à la clinique!* » (Laurence). L'infertilité est fortement associée à une incapacité physique, la plupart du temps attribuable à l'un plus qu'à l'autre, mais dont les contrecoups touchent directement les deux membres du couple. En ce sens, Marie-Claire souligne qu'étant elle-même la cause du problème, elle a accepté plus facilement d'être la cible des traitements :

*La personne qui est infertile, elle se sent coupable, et elle dit 'bin là tu n'auras pas d'enfant, et c'est à cause de moi'... moi ça a bien été les traitements, mais c'est quand même beaucoup de rendez-vous, c'est quand même un déséquilibre hormonal. Dans notre cas, c'est moi qui étais infertile et c'est moi qui subissais les traitements de ma propre infertilité, je ne pouvais pas m'en vouloir (Marie-Claire).*

Dans les quelques cas (3 au total) où l'infertilité était attribuable aux deux membres du couple, le fait de se trouver dans une position d'égalité vis-à-vis de l'origine de celle-ci était entrevu comme un grand soulagement par les participants concernés, dans la mesure où cette situation permettait d'éviter qu'un sentiment de culpabilité ne vienne miner la relation du couple : « *La chose qui nous a peut-être aidés, on ne le saura jamais, mais le fait qu'on ne sache pas c'est de la faute à qui... Si on avait su c'est de la faute à qui, peut-être que ç'aurait été différent, je dis bien peut-être. Nous autres, on ne peut pas se casser la tête parce qu'on est égal là-dessus. On ne peut pas dire que c'est de ma faute ou de la sienne. C'est peut-être une bonne chose que ce soit arrivé comme ça. On ne pouvait pas s'accuser l'un, l'autre* » (Jérôme). Dans une étude portant sur l'analyse des « corps infertiles » sous l'angle de l'agencéité et de la métaphore, Greil (2002) soutient que la culpabilité ressentie par « l'infertile » s'explique en partie par le fait que les individus sont socialement tenus responsables du bien-être de leurs corps; l'infertilité devient alors une incapacité individuelle vis-à-vis de son corps et des standards de normalité (Greil 2002 : 106). Dans le cas de cette recherche, les couples ont survécu à cette épreuve puisqu'ils ont même

par la suite entamé des procédures d'adoption, mais leurs propos témoignent quand même de la fragilité et de la menace de rupture que font planer les problèmes d'infertilité sur les couples:

*F : C'était un sujet où ce n'était pas évident. Moi je me sentais coupable et je lui disais "pourquoi ça ne marche pas?" Et à un certain moment, je me rappelle, après plusieurs déceptions, je lui avais dit "ben là, ça te tentes-tu de rester avec moi?" Parce que moi je me voyais comme étant non fonctionnelle. Je ne pouvais pas avoir d'enfant, donc je me disais "je sers à quoi moi là?" J'avais cette envie-là, mais je n'étais pas capable par moi-même alors ça, ça a été très difficile. Et à un moment donné, je lui ai carrément dit "Écoute, si tu veux me laisser, si tu veux t'en trouver une qui est mieux que moi, plus féconde... vas-y, parce que moi, je pense que ça n'arrivera pas". [...] J'ai dit "Écoute, si pour toi c'est..." Parce que pour lui c'était très important. Moi j'étais en deuil. Alors moi j'étais prête à dire "Je te laisse partir pour aller réaliser ça et moi je vais me guérir parce que là, moi j'ai mal. Je ne suis pas capable de te donner un enfant, mais je te laisse partir" (Suzanne).*

Si certains témoignages donnent à voir une solidarité inébranlable et un support mutuel constant, d'autres admettent que dans les périodes plus tendues, l'option d'une rupture a été envisagée (plus ou moins sérieusement selon les cas) : « *Nous avons eu des discussions comme quoi, si on voulait des enfants naturellement, il faudrait peut-être se séparer! On en est venus à ça pareil mais... oui, c'était dans les discussions. Un moment donné, elle m'a dit: "Tu veux des enfants naturels, il va falloir que tu les fasses avec quelqu'un d'autre! Si ce n'est pas avec moi, ça va être avec quelqu'un d'autre ou vice-versa"*. La tension est là. Moi aussi j'ai dit des choses avec l'émotion et l'impulsion » (Alain).

Tout au long des trajectoires et des expériences vécues par les couples, leurs représentations de la procréation se sont modifiées pour s'adapter à la situation vécue. Initialement abordée dans un esprit de spontanéité et considérée comme un processus naturel, la procréation se heurte ensuite à des imprévus et conduit les couples vers un constat jusque-là insoupçonné : n'enfante pas qui veut, encore faut-il le pouvoir. Cela constitue sans doute le premier obstacle à devoir intégrer et accepter, tant sur le plan individuel que conjugal. À cet égard, les propos d'une femme sur un forum de discussion sont forts révélateurs de la difficulté liée à l'acceptation d'une condition qui est considérée relever littéralement du hasard : « *Dans les deux dernières années, j'ai travaillé avec six collègues enceintes. Je n'entends parler que d'enfants à longueur d'année... et je me disais qu'enfin, c'était mon tour. À 33 ans, ce n'est quand même pas trop tôt... Sauf que ça ne*

*vient pas. Je pleure à tous les mois quand mes règles arrivent. J'angoisse à l'idée de faire partie des malchanceux qui ont tiré le mauvais numéro à la loterie de la nature*<sup>10</sup> ».

Les nombreux mois ou les nombreuses années d'essais<sup>11</sup> sont marqués par un rapport à la sexualité complètement transformé où l'emphase est mis sur l'enfantement, donc sur le “corps-machine”, c'est-à-dire un corps réduit à son potentiel reproducteur. Ainsi, dans les mois et les années précédents les consultations médicales, les couples ont pour la plupart intégré à leurs routines des méthodes de régulation et de surveillance de leur cycle reproductif comme les tests d'ovulation ou la prise de température quotidienne. Ces pratiques qui généralement s'installent au cours des premiers mois d'essais (donc avant l'entrée en milieu clinique) et se poursuivent tout au long du suivi médical, témoignent d'une forte intériorisation des savoirs spécialisés. Les couples s'imposent à eux-mêmes des techniques de contrôle procréatif, et ce avant même d'avoir recours à une aide médicale spécialisée. Par conséquent, on devine que la technicisation des rapports sexuels, favorisée par le milieu médical, n'est pas totalement étrangère aux couples qui font leurs premières incursions en milieu clinique : elle constitue un pas de plus vers une logique mécanique avec laquelle les couples sont déjà relativement familiers (ce qui ne veut pas dire que le suivi médical soit vécu sans peine pour autant) :

*C'est très difficile parce que pour en avoir parlé avec d'autres personnes qui l'ont vécu, c'est parce que essayer de se reproduire de façon très mécanique où est-ce que tu te sens quasiment obligé de le faire à tous les jours pour ne pas te faire dire par le gynécologue “Bin là vous devriez vous forcer un peu là”. Ça devient complètement pu naturel. C'est difficile dans ce contexte-là de continuer à avoir juste du plaisir. Ça devient... un moment donné, tu fausses les affaires; t'as même pus de plaisir à avoir une vie sexuelle parce que t'es complètement centré juste sur ça (Josée).*

*L'autre affaire aussi c'est que quand tu décides d'avoir un enfant naturellement, c'est: “Chéri, ce soir est-ce qu'on fait un bébé? Ah oui, je sens qu'à soir ça va marcher, ça va coller mon minou, rentre ça dans le plafond, il vas-tu être beau!” Tu comprends-tu?! Quand tu fais ta courbe de température et que tu dis: “Ce soir, c'est bon, la température est bonne”. Mais admettons que tu as eu une journée de travail épouvantable et que tu décides que tu ne le fais pas parce que tu as mal à la tête, tu as eu une journée stressante, tu as couru et ça adonne que tu ne le fais pas ce maudit soir-là... mais 15 jours après tu es menstruée et tu dis: “Tu vois chéri, si nous l'avions fait, peut-être que ça aurait marché”. Ça vient créer*

---

<sup>10</sup> <http://www.mamanpourlavie.com/forum/sujet/comment-la-cher-prise>

<sup>11</sup> Les mois et années d'essais représentent la période qui précède la consultation médicale : dépendamment des cas étudiés, cette période varie entre quelques mois et plusieurs années, certains mettant beaucoup plus de temps que d'autres avant de prendre la décision de consulter.

*quelque chose qui n'est pas naturel alors, ça prend un couple qui communique beaucoup, ça prend une base solide et ça prend de la volonté (Danielle).*

Le calcul des jours et des cycles ainsi que la prise quotidienne de la température (dans le but de cibler les journées les plus propices à l'enfantement), bien au-delà de la discipline qu'ils exigent, entraînent un bouleversement des pratiques sexuelles, voire une dénaturation des motivations apprises en regard de la sexualité. L'acte sexuel en soi en est réduit à sa plus simple expression physique, ce qui est totalement contraire à ce que toute une génération a intégré en regard de la sexualité, soit l'idée que celle-ci doit avant tout être une source de plaisir et d'épanouissement. Ce qui est "naturel" dans les représentations sous-jacentes à la sexualité, c'est le plaisir et la spontanéité, non pas l'obligation : ainsi, les participants qualifient de "non-naturel" le contexte d'enfantement et de reproduction auquel ils sont confrontés, et ce même si l'acte en lui-même n'est pas (encore) artificiellement modifié, comme c'est le cas avec la procréation médicalement assistée :

H: *Mais le côté que j'ai trouvé plus "dull" un bout de temps, c'est que tu fais l'amour juste pour ça. Tu ne fais même plus l'amour parce que ça te tente. Et là, t'es là, et c'est moi qui comptais ses jours parce qu'il ne fallait pas qu'elle le sache*

Q: Pourquoi?

H: *Elle prenait sa température, c'est moi qui l'écrivais et il ne fallait pas qu'elle la voit.*

F: *Je ne voulais pas parce que dans ce temps-là...*

H: *Fait que quand je voyais qu'il y avait un pic comme elle me l'avait expliqué, je préparais ça un peu d'avance et là on faisait l'amour. C'était tout le temps "on est obligés". On a été un bout de temps, ça ne me tentait plus. J'ai dit "là on arrête, je suis tanné, on n'a plus de trip". Et même après, ça l'a pris du temps avant qu'on ait du plaisir à le refaire. Pour moi, ça, personnellement ça a été le bout le plus dur (Paul).*

F : *Et il y avait d'autres personnes qui me disaient "Ça doit être le fun!! Tu le fais souvent!" C'est parce que tu deviens comme... ça ne te tente plus un moment donné. C'est plate parce que ce qui devrait être une relation sexuelle intéressante, plaisante, épanouissante devient comme quelque chose que t'es obligé et tu te dis "Bon, ok, parfait on le fait parce que peut-être que ça va marcher". Et j'avais dit un moment donné à Charles : "Là, moi je me sens comme un sac de poubelle, je suis tannée de vivre ça. Je me sens comme "bon, ok, c'est le temps, c'est l'heure, ça devrait marcher". Parce qu'on avait essayé les courbes de température, tout ça. On a fait ça pendant des années, ça n'avait pas de bon sens, c'était des calendriers de trois pages: ça prenait 60 jours moi mes cycles. Ça n'avait pas de bon sens... Heureusement qu'il y a eu d'autres projets parce qu'on n'aurait pas tenu.*

H: *Non. Et moi, un moment donné, je me sentais comme une chaîne de montage; ça n'avait pu d'allure. Let's go, let's go... Quand ça fait un an, deux ans, trois ans... tu es éccœuré que ce soit toujours dans le but de...*

F: *T'as un objectif et tout le côté extérieur, t'oublies ça. C'est l'heure, c'est le temps. Cinq minutes, c'est beau. Ça vient que c'est plate (Charles et Suzanne).*



Ces témoignages illustrent bien comment s'incarne de manière concrète et comment se vit quotidiennement une vision de l'infertilité axée sur le corps physique et ancrée dans des critères de définition principalement biologiques. Une vision d'ailleurs priorisée par la médecine reproductive et qui néglige l'ensemble des aspects symboliques et émotifs liés à l'engendrement et aussi à l'infertilité. Le pouvoir de la science participe à cette tendance et renvoie lui aussi l'infertilité à un corps physique dysfonctionnel. Cette situation inconfortable exprimée et déplorée par plusieurs participants est aussi omniprésente sur les forums de discussion, dans lesquels le désespoir et l'impatience apparaissent encore plus marqués, probablement en raison du temps présent dans lequel s'inscrivent les témoignages.

Les participants sont unanimes sur un point : pour surmonter les nombreux obstacles imposés par les problèmes d'infertilité, un couple doit être "fait fort" et doit faire preuve de beaucoup de compréhension l'un envers l'autre, d'autant plus que les deux membres du couple ne vivent pas toujours les événements de la même façon et ne réagissent pas avec la même intensité devant ceux-ci :

*Il faut passer par-dessus tout cela ensemble parce que psychologiquement, ce n'est pas facile. À chaque mois, il y a des déceptions. Psychologiquement, c'est une grosse affaire. On ne grandit pas de la même façon là-dedans. Il y en a un qui prend ça un peu plus relaxe et l'autre panique un peu plus. Il y a des dépressions. Il faut être solide. C'est là qu'on s'aperçoit qu'on est un couple solide quand on passe à travers... c'est comme la mort. La mort de ne pas avoir d'enfant, c'est un deuil et les deuils, ce n'est jamais facile. Il y a des dépressions, des up and down... les couples qui passent à travers ces épreuves-là sont forts (Odile).*

*C'est comme n'importe quel projet, si tu n'as pas une base solide... C'est un premier conflit, c'est une première montagne à affronter. C'est un projet et dans n'importe quel projet, quand tu arrives à des difficultés, il y a risque de rupture. Il y a plusieurs personnes qui se séparent après avoir construit une maison neuve parce ça implique des embûches, des conflits, etc. Quand tu penses à fonder une famille, tu ne penses pas qu'il va y avoir de problèmes (Danielle).*

Le "terrain conjugal" demeure omniprésent dans les propos des répondants lorsqu'il est question de leur infertilité, ce qui montre comment la reproduction et le désir d'enfant s'inscrivent (et se vivent) d'abord dans le contexte conjugal : « *Comme lui* (elle réfère à son conjoint) *il aurait très bien pu m'en vouloir en disant "comment ça que tu n'es pas féconde?"* Mais c'était juste triste, ça ne marche pas. En même temps, on se voyait fort ensemble de se dire "on choisit une autre voie, ça va marcher, c'est tout" » (Josée). Le support mutuel, le respect, la capacité de dépasser

les premières attentes et d'envisager d'autres alternatives sont les aspects les plus souvent mentionnés par les participants pour expliquer "la survivance" de leur couple : « *Et mon chum ne se décourageait jamais. Antoine me disait "ce n'est pas grave, ça n'a pas marché, t'es menstruée ce mois-ci, mais ce n'est pas grave, c'est sûr qu'on va en avoir un jour des enfants. On va en avoir Mathilde des enfants"* » (Mathilde).

#### 4.2.4-c) Situer l'infertilité dans un espace social

L'infertilité s'inscrit dans un cadre social où prévalent certaines valeurs et certaines représentations en regard de la reproduction, de l'enfantement et de la famille. Pour bon nombre de participants, l'infertilité est entrevue comme une (plus ou moins grande) injustice; l'injustice d'avoir été la cible malchanceuse de la nature ou encore l'injustice de voir les autres enfanter et d'en être soi-même privé: « *C'est plus ça qui est difficile à accepter : "pourquoi moi? Pourtant j'ai toute la féminité, j'ai tous mes organes, pourquoi ça ne marche pas? Pourquoi moi je n'ai pas droit à ça? C'est légitime dans la vie" Toi t'arrives et tu voudrais juste quelque chose de normal à tes yeux, et tu te dis "mais pourquoi je ne l'ai pas?"* » (Josée). Cette perception du corps dysfonctionnel refait alors surface et s'inscrit dans une conception et une croyance plus larges selon lesquelles les mécanismes du corps, dans toute leur complexité, devraient pouvoir rendre la procréation accessible à tous les individus, sans exception. Ainsi, le sentiment d'injustice ressenti comporte non seulement plusieurs facettes, mais il recoupe aussi à certains égards les notions d'égalité, de droit et de justice:

*C'est sans aucun doute le rêve le plus cher de notre vie d'avoir un enfant... et c'est tellement supposé être naturel d'enfanter que tu finis par en vouloir à la vie et à te demander ce que tu as fait pour te faire retirer ça. On comprend après coup que c'est un privilège et que celles qui doivent attendre pour avoir un enfant le savourent peut-être un peu plus que celles qui l'ont facile<sup>12</sup>.*

*J'ai vraiment de la difficulté avec mes amies enceintes. En fait, j'ai été la première sur trois de mes amies de filles à essayer de faire un bébé et les trois ont eu le temps de tomber enceintes (dans le temps de le dire en plus...) et d'accoucher! Moi j'en veux depuis tellement longtemps. J'attendais le "ok" de mon chum pour commencer les essais, et maintenant qu'on essaie très activement, ça ne marche pas! C'est vraiment injuste qu'il y en ait pour qui ça marche si vite et d'autres qui sont obligés d'aller payer une fortune en clinique de fertilité pour en avoir!<sup>13</sup>*

<sup>12</sup> <http://www.mamanpourlavie.com/forum/sujet/quandnotreentourageaccouche>

<sup>13</sup> [ibid](#)

L'enfantement est alors envisagé sous l'angle du mérite, ce qui a pour effet d'augmenter la frustration chez certains couples infertiles qui s'expliquent mal l'impossibilité d'enfanter qui les afflige puisque cela constitue, théoriquement, un droit naturel. L'intensité du ressentiment vécu est évidemment beaucoup plus prononcée sur les forums de discussion étudiés où les échanges ont lieu entre personnes vivant actuellement des problèmes d'infertilité. Les couples interrogés font quant à eux davantage mention de déception que de ressentiment; ils sont aujourd'hui parents (adoptifs) et posent un regard plus posé sur leur infertilité : « *Quand quelqu'un de proche tombe enceinte, tu y penses. Moi, en tout cas. Ça, je pense que ça va toujours revenir. Ce n'est pas parce que tu n'es pas content pour eux autres, mais tu te dis: "moi je ne le vivrai jamais". Pendant que je vivais mon infertilité, il y en a combien qui sont tombées enceintes! Tu n'as plus de repères; tu es contente pour eux autres, mais en même temps tu es triste. Ça revenait tout le temps, je l'ai revécu souvent ça* » (Zoé).

L' "injuste" qui émane de la condition "d'infertile" doit aussi, sur le plan analytique, être compris et replacé dans sa relation au concept de compétence parentale : en effet, les parents sont nombreux à trouver profondément injuste que certains puissent faire des enfants aussi facilement et n'avoir pourtant aucune compétence pour s'en occuper (plusieurs parents réfèrent à des cas scandaleux mis en lumière par les médias et qui font état d'enfants abandonnés et maltraités). Cette réflexion de la part des parents n'est pas surprenante considérant que leurs propres compétences parentales ont dû être soumises à un processus complexe d'évaluation avant l'acceptation finale de leur dossier d'adoption. Alors que le droit à enfanter est entrevu comme un droit naturel non-questionnable, ceux qui en sont incapables (et qui se voient "obligés" de se tourner vers l'adoption) se retrouvent devant l'obligation de se faire évaluer en tant que parents potentiels <sup>14</sup> :

*Juste le processus d'évaluation psychologique, c'est quand même drôle, il faut que je démontre que je suis capable d'être parent. C'est un peu normal, mais c'est un peu contre la nature aussi. Quand ils font des rencontres et il faut qu'on raconte notre histoire, tu as l'impression qu'il faut que tu fasses comme une vente, il faut que tu vendes tes capacités.*  
(Marc-André)

---

<sup>14</sup> Les regards posés sur l'évaluation psychosociale sont très variés : autant certains en critiquent vigoureusement les fondements et la raison d'être, autant d'autres les trouvent justifiées et apprécient les réflexions et les questionnements soulevés par les travailleuses sociales ou psychologues.

*Ils peuvent t'évaluer sur papier du mieux qu'ils peuvent, mais ça ne s'évalue pas vraiment la capacité parentale: "As-tu assez d'argent pour payer?" "Es-tu assez en santé?" "Est-ce que vous vous aimez?" : c'est sûr que tu ne vas pas dire "on se chicane à tous les jours!" En quelque part, il y a comme une partie qui est un peu biaisée (Félicia).*

Les propos de Marc-André mettent en lumière une série d'idées largement partagées : "être parent" relève de la nature et tous les êtres humains, peu importe leurs origines ou leur milieu, ont accès de manière égale à l'enfantement. Ainsi la reproduction se trouve non seulement ancrée dans un processus naturel, mais de surcroît, dans un processus égalitaire et accessible à tous. L'infertilité vient ébranler cette conviction et impose un nouveau regard sur la situation. C'est justement la valorisation d'un certain droit à se reproduire qui accentue le sentiment que l'infertilité constitue une injustice et que la compétence parentale ne s'évalue pas (puisqu'elle relève de la nature), la logique préconisée étant que si la reproduction est naturelle, la capacité à être parent l'est généralement tout autant.

Au-delà de son inscription dans un cadre social global, l'infertilité se déploie également dans un espace social plus restreint occupé par la famille proche et élargie, par le milieu de travail et par le cercle d'amis. Les participants ont tous parlé de l'inconfort ou de la tristesse vécue avec leur entourage durant les mois d'essais (des essais qui n'ont jamais été concluants dans le cas des couples rencontrés). Plusieurs mentionnent avoir reçu un certain support de leur famille proche qui comprenait tant bien que mal la peine et les déceptions vécues par le couple :

H: *Quand on leur a dit qu'on ne pouvait pas en avoir naturellement (les médecins n'arrivaient pas à régler les troubles d'endométriose récurrents de la femme), ça a été un choc, même pour nos meilleurs amis. On a fait un souper et on leur a dit.*

F: *Ils braillaient autant que nous autres*

H: *Par après, mon cousin Dave, on est tout le temps ensemble, et par après il est venu me voir, peut-être un mois et demi après, il m'a dit "aïe, ça me fait de quoi", y dit "Criffe, tu ne seras pas capable d'avoir d'enfant" J'ai dit "on a tout essayé, mais ça ne marche pas" (Paul et Jeanne).*

*C'est parce que là, nous avons l'âge d'avoir des enfants, tous nos couples d'amis commençaient à en avoir. Nous allions les voir à l'hôpital sa sœur, ma sœur... tout le monde autour de nous commençait à avoir des enfants. Ils nous regardaient et se disaient: "Ah! Pauvres eux autres, ça fait 5 ans qu'ils essaient et qui ne peuvent pas en avoir et ils n'en auront pas et moi je suis là avec mon bébé" Peut-être plus ça, un sentiment de pitié (Elisabeth)*

Juliette explique bien comment, cette compassion, même si elle est motivée par de bonnes intentions, peut quand même devenir lourde et difficile à négocier : « *C'est difficile émotivement*

*aussi. Quand tu en parles un peu autour de toi, tu sens souvent comme une pression : “Pis?” Ça vient que le monde n’ose presque plus te regarder et tu te dis: “ça y est, s’il me regarde...”. Ils n’osaient plus me le demander car ils ne voulaient pas me faire de la peine ou me faire fâcher. Tu sens comme un malaise. [...] Tu sais que tes amis proches ont aussi de la peine pour toi. Ils savent comment tu te sens et tout ça » (Juliette). C’est donc principalement un désir d’enfant connu mais non réalisé qui crée un malaise dans l’entourage et qui amène les amis ou la famille à souhaiter au couple la réalisation prochaine de leur désir d’enfant. Par exemple, le temps des fêtes, le Jour de l’an ou encore les grandes rencontres familiales sont souvent vécues difficilement par les couples qui se voient devant l’obligation d’affronter les commentaires et les souhaits de l’entourage :*

*F : Moi à la fin ce qui me faisait mal, c’était tout le temps... moi je repoussais ma famille quasiment là parce que je le savais, c’était “Salut, pis?” Ce n’était pas “comment ça va?” Des fois j’avais envie de dire “Oui, ça va bien à mon travail” et de répondre autre chose là.  
H: Au jour de l’an, c’était toujours “bin on vous souhaite un bébé pour la prochaine année !”; “Ah oui, oui, là ça va marcher, je suis sûr, je le sens, c’est votre année là!” (Robert et Martine).*

*Ça c’était plus difficile, c’est plus des choses comme ça: le 1er janvier, le 31 décembre ou à ta fête. “Que ta prochaine année soit remplie de tout ce que tu désires et d’un bébé!” Ça là, ça là (intonation fâchée)... tu en as juste plein ton casque!!! Ils ne te demandent plus si tu es enceinte, mais il y a toujours un petit quelque chose. Ça c’est plus difficile (Laurence).*

Le désir d’enfant est aussi plus fortement ressenti lorsque les naissances autour du couple se multiplient et que ces mêmes enfants grandissent sans que l’arrivée d’une grossesse au sein du couple n’ait vu le jour. Les grossesses des uns semblent ainsi rappeler l’incapacité des autres :

*H: Ce qui est dur pendant que tu essaies c’est que tes amis, ben souvent, ils essaient en même temps, mais eux ça marche.  
F: Ouin! Et eux autres ça marche...! Ça c’est dur en tabarouette. Ça c’est vraiment vraiment dur!  
H: Tu es content quand ils t’annoncent qu’elle est enceinte, tu es content pour eux autres mais tu n’es pas content parce que toi, tu n’en as pas.  
F: Tu es tout le temps face à la réalité. Nos amis ont les mêmes âges que nous autres. Alors, on est dans les âges que les gens tombent enceintes... ça c’est difficile! [...] On dirait qu’il y a un petit quotidien qui te ramène tout le temps au fait que ben toi, tu n’en as pas. Tu as la fête d’un enfant d’un ami (on a beaucoup d’amis proches donc nous sommes souvent invités à la fête des enfants); les enfants ont d’autres amis qui sont là, les frères et sœurs de l’autre qui a 48 enfants et là, ça crie, ça hurle dans la maison et... tu fais comme... ben moi, je n’en ai pas qui crient à nulle part. Cette réalité-là, au quotidien, au jour le jour, ça je pense que c’est difficile (Christian et Laurence).*

*F : À chaque mois et à chaque fois que nos amis et quelqu’un dans famille tombaient enceinte ou avaient des bébés...c’était difficile là. Quand ma mère m’annonçait qu’une*

*cousine était enceinte ou ma belle-sœur, elle me le disait sur la pointe des pieds là parce qu'elle savait que...*

H: *On devient fragiles à ça.* (Pier-Louis et Cassandra)

Les propos des participants relatifs aux enjeux sociaux de l'infertilité montrent que le désir d'enfant et le désir de faire famille qui l'accompagne sont loin d'être vécus strictement dans un espace individuel; ils se situent plutôt à l'intersection du social et de l'individuel dans la mesure où la constitution de familles autour des participants, qu'il s'agisse d'amis, de cousins, de sœurs ou de frères, accentue le sentiment de vide chez les couples sans enfants qui désirent en avoir. Un constat semblable est dressé par Howell (2001) qui soutient que l'arrivée de l'enfant dépasse le cadre conjugal et sert aussi à établir des liens avec les autres familles qui gravitent autour du couple. Sur le plan personnel, les couples qui souhaitent avoir un enfant et qui en sont incapables ont l'impression que sans enfant, ils sont privés de la chance de devenir père et mère. Sur le plan social, avoir un enfant permet d'interagir avec les autres parents (2001 : 208).

\*\*\*

Après quelques mois ou même quelques années d'essais infructueux, les couples se retrouvent donc devant l'obligation de faire certains choix: entreprendre des traitements en infertilité, entamer des procédures d'adoption ou simplement choisir un style de vie sans enfant. S'il est vrai que ces trois possibilités constituent des choix potentiels, à ce point-ci de leur trajectoire, la plupart des couples choisissent une incursion dans le monde médical et espèrent que la médecine reproductive arrivera à "guérir" leur infertilité.

### **4.3 Les traitements en clinique de fertilité**

L'étirement de la période d'infertilité des couples correspond, sur le plan médical, à l'émergence de nouvelles technologies reproductives. Ces techniques, dans bien des cas, participent à la modification du rapport qu'entretiennent les couples à la procréation. Ce sont aussi ces mêmes technologies et les acteurs qui les entourent (médecins, infirmières) qui sont au centre des expériences vécues par les couples infertiles en milieu clinique.

Cette grande section (4.3) constitue le cœur de ce quatrième chapitre : elle explore les multiples facettes du phénomène de la procréation médicalement assistée et se décline en quatre principaux volets: l'étude des transformations du rapport à la procréation; l'étude des relations au corps médical; l'étude de la place de l'adoption en milieu clinique et l'étude des motifs qui ont mené à l'arrêt des traitements.

#### **4.3.1 Les traitements en fertilité et la transformation du rapport à la procréation**

Les traitements suivis en clinique de fertilité transforment le rapport que les couples entretiennent avec le corps et la reproduction; en ce sens, leurs propos témoignent non seulement des défis rencontrés, mais aussi des valeurs et principes qui les ont guidés dans leurs décisions.

##### **4.3.1-a) Technicisation de la reproduction**

Comme mentionné précédemment, avant même leur entrée dans le monde de la procréation médicalement assistée, les couples s'étaient déjà passablement familiarisés avec la "technicité des rapports sexuels" au cours de leurs nombreux mois (et parfois années) d'essais. Mais cette dimension technique est largement amplifiée lorsque intervient l'introduction des diverses méthodes proposées par la procréation médicalement assistée. Non seulement celles-ci impliquent-elles un ensemble de techniques complexes relevant de la médecine spécialisée, mais elle fait de surcroît intervenir un troisième acteur, le médecin, figure de proue et d'autorité de tout le processus: *«j'aurais jamais pensé devoir concevoir un enfant dans un bureau de docteur avec assistance médicale. Mais la vie en a décidé ainsi et je suis confiante»*<sup>15</sup>. Qu'il soit question

---

<sup>15</sup> <http://www.maman.pourlavie.com/forum/sujet/insémination-avec-donneur>

d'insémination intra-utérine ou de fécondation in vitro, le lit comme lieu d'enfantement disparaît au profit de la clinique. À cet égard, Gavarini mentionne que les tiers en PMA (qu'il s'agisse des médecins ou des physiciens) font partie d'une nouvelle configuration de l'enfantement qui échappe à la conjugalité et à son intimité (Gavarini 2002). Dans la discussion entre deux femmes rapportée ci-dessous (issue d'un forum de discussion portant sur l'insémination), la dimension technique et mécanique dans laquelle s'inscrivent les traitements de fertilité est particulièrement mise en évidence:

*Mimi : Le dr. Vincent m'a dit qu'à 24 ans ... avec mes conditions de santé et mes résultats sanguins hormonaux + mes courbes de température, il y avait de bonnes chances que ça fonctionne très rapidement. Il m'a dit 25% de chances par insémination, comme un couple normal qui essaie pour un bébé.*

*Lilou : Tu sais qu'ils peuvent faire des ponctions testiculaires? c'est-à-dire aller chercher les zozos<sup>16</sup> directement dans les testicules et ensuite tu fais une FIV-ICSI pour injecter le zozo dans ton ovule... le prélèvement est assez douloureux pour ton homme, mais ça se fait... avez-vous penser à cette possibilité?*

*Mimi : Oui, quand j'ai été chez Procréa, dr. Vincent nous a parlé de toutes les possibilités. Là on est en attente : mon chum doit passer une écho testiculaire pour savoir s'il est possible chirurgicalement de réparer le canal atrophié et ensuite de lui donner une médication pour booster ses éjaculations. Là il serait possible d'en avoir un naturellement ou par insémination avec sperme du conjoint. Sinon, nous avons fait le choix d'avoir recours à un donneur anonyme<sup>17</sup>.*

Ainsi, la vision technique et statistique proposée par la médecine reproductive ainsi que les explications physiologiques des déficiences reproductives qu'elle fournit finissent invariablement par pénétrer le langage courant en regard de l'infertilité. Les acteurs s'approprient ce langage et s'y réfèrent à leur tour pour expliquer leur infertilité et pour faire des choix en matière de traitements. Mais, comme discuté dans la section précédente, la dimension technique est loin d'être la seule qui intervienne dans le vécu de l'infertilité et en ce sens, l'autorité de la médecine entraîne son lot de dilemmes et de contradictions pour les individus qui se retrouvent en négociation constante avec le discours médical:

*Comment faire pour lâcher prise? J'essaie de penser à autre chose, de laisser la nature faire son oeuvre, mais c'est difficile, d'autant plus que mon médecin veut que je consigne tout (rapports sexuels, douleurs, menstruations) sur un calendrier. Essayez donc de penser à autre chose quand tout doit être aussi bien documenté! Avez-vous développé des trucs, un échappatoire qui permette de se libérer de ce stress? Vos conseils sont les bienvenus! »*

[...]

*Lâcher prise, je voudrais bien moi aussi. Je vois bien que plus j'angoisse, moins les câlins avec mon chum sont agréables et moins ça me tente le soir venu. Pas très "winner"...*

<sup>16</sup> Sur les forums de discussion, les "zozos" réfèrent aux spermatozoïdes

<sup>17</sup> <http://www.maman.pourlavie.com/forum/sujet/insémination-avec-donneur>



*Chaque mois, je me dis ‘‘cette fois-ci, je ne fais pas de calculs de date, on prend ça mollo’’. Mais j’entends immanquablement une autre voix me dire: ‘‘Ben voyons donc, ça ne fait pas de sens! Si tu ne calcules pas, tu vas passer à côté de ton ovulation. Pourquoi prendre cette chance-là?’’<sup>18</sup>*

Les propos de ces internautes incarnent clairement le dilemme vécu par plusieurs couples qui éprouvent des problèmes d’infertilité et qui débutent leurs consultations médicales : ils vacillent entre le point de médical qui priorise la discipline et la surveillance et le discours culturel qui les invite à ‘‘laisser faire la nature’’. Mais plus encore, ces témoignages montrent comment les profanes sont loin d’être de simples récepteurs passifs face à la médecine reproductive. Par exemple, certains participants reconnaissent que le processus en soi, surtout dans le cas de la fécondation in vitro, est loin d’être naturel. Robin raconte comment l’implantation des deux embryons dans le demi-utérus de sa conjointe a mené à une situation complètement paradoxale, celle de devoir envisager une réduction embryonnaire (ils ont finalement décidé de conserver les deux embryons) : « *un an plus tard (c’est-à-dire un an après avoir appris que la femme souffrait d’une malformation congénitale), on est dans une situation où on doit éliminer un bébé : c’est le contraire de ce qu’on voulait faire, c’est vraiment bizarre, c’est vraiment beaucoup de science, rien de naturel là-dedans* » (Robin). Les propos de Félicia posent un regard intéressant sur la dialectique naturel-artificiel qui entoure le processus de fécondation in vitro (mais qui pourrait tout aussi bien s’appliquer aux autres techniques) :

Q: Qu’est-ce qui fait justement que vous vous êtes dit ‘‘bon on va l’essayer au moins une fois’’ (la fécondation in vitro)?

H: *L’idée c’était d’avoir un bébé naturel; d’avoir un...*

F: *Naturel... on s’entend que ce n’est pas naturel que le Diable! (rires) C’est aussi parce que c’est tellement plus accessible (que l’adoption) dans le sens que c’est juste un sacrifice d’un mois; ils te font tomber enceinte, tu passes le reste de ta grossesse tranquille* » (Félicia).

Initialement, le conjoint de Félicia souhaite justifier son choix (celui d’essayer la FIV) en l’appuyant sur son désir d’avoir un enfant naturel, puis en entendant prononcer le mot (‘‘naturel’’), le caractère artificiel et non-naturel de la démarche semble alors devenir évident aux yeux de Félicia : cette tendance se confirme d’ailleurs lorsqu’elle souligne que le processus de fécondation (dans la FIV) se trouve entièrement contrôlé par les médecins (‘‘ils te font tomber enceinte’’). Le point de vue de Félicia peut facilement être inséré dans le cadre d’analyse proposé par Daudelin (2002) : selon cette auteure, la naturalisation et l’artificialisation de la

<sup>18</sup> <http://www.maman.pourlavie.com/forum/sujet/comment-la-cher-prise>

procréation sont les deux processus symboliques qui caractérisent les NTR. La naturalisation de la procréation constitue une tentative de réduction de la distance et correspond à ce qu'il faut conserver de la procréation naturelle sous peine de perdre le sens de ce qui est fait avec la technique. Dans ce processus, la nature consiste en un ensemble d'éléments apparentés à la procréation "normale". L'artificialisation de la procréation quant à elle consiste à maintenir la distance entre la procréation naturelle et les NTR, et même à la radicaliser (Daudelin 2002 : 372-374).

Spontanément, les différents acteurs tendent à donner un caractère naturel à la PMA, principalement parce que celle-ci demeure la plupart du temps productrice d'enfant biologique, c'est-à-dire d'enfant issu génétiquement de ses deux parents (nous reviendrons sur cette question dans la section 5.1.1). Par contre, le recours à une tierce personne (en l'occurrence le médecin) et le fait de devoir se soumettre à une lourde médication et d'avoir à respecter des procédures strictes et rigides mettent alors en évidence la dimension artificielle des nouvelles technologies reproductives. Tous les couples qui ont cheminé en PMA sur une plus ou moins longue période s'entendent pour dire que le processus est éprouvant physiquement et émotionnellement. À cet égard, Catherine mentionne toute la réflexion qui a précédé sa décision de faire la fécondation in vitro :

*F: Quand tu es rendue au traitement in vitro, c'est parce que tu attends ça. Tu n'as pas dit un matin : "Ha, moi je vais aller faire ça, et si ça marche, ça marche..." Non, non! Tu as un cheminement de fait, c'est sérieux, là. Tu ne t'en vas pas comme ça. Moi je suis allée une fois, j'ai attendu. Je suis retournée, j'ai attendu. Je suis allée prendre des informations, je me suis dit "Ha, je vais commencer". Finalement, j'ai encore attendu parce que je n'étais pas prête. À un moment donné, j'ai dit à Patrice "OK, là je suis prête". Ça a pris peut-être deux ans avant que je dise : "Là, c'est le temps". (Catherine)*

De plus en plus intégrée et utilisée par le grand public et par les acteurs impliqués, la notion de "traitement", lorsqu'il est question des différentes pratiques relatives à la médecine reproductive, reflète la tendance à considérer l'infertilité comme une maladie (médicalisation de l'infertilité). Officiellement, l'infertilité n'est pas (encore) reconnue comme une maladie; elle est davantage définie comme un état ou comme une incapacité. En ce sens, l'utilisation de ce vocable ("traitement") ne traduit pas fidèlement la réalité liée aux NTR: selon le *Le Petit Robert*, un "traitement" réfère à *l'action de soigner un malade ou une maladie* et inclut *l'ensemble des moyens employés pour guérir*. Or, la FIV, tout comme l'ensemble des NTR, sont d'abord des techniques qui permettent d'intervenir sur une situation *x* ou *y* liée à l'infertilité:

dans plusieurs cas, ces techniques n'arrivent pas à soigner et à guérir l'état d'infertilité dans lequel se trouve le couple, mais les personnes impliquées ne sont pas considérées malades pour autant. La réflexion sur la notion de "traitement in vitro" utilisée par Catherine révèle une fois de plus la confusion qui entoure le statut de l'infertilité (de laquelle nous avons discuté dans la section 4.2.2).

#### 4.3.1-b) Infertilité et PMA : jusqu'où pousser la nature ?

L'ambivalence entre le caractère artificiel et naturel des NTR est aussi rendue visible dans la réflexion que font les participants sur la conciliation entre nature et intervention. En effet, ils sont nombreux à entrevoir les techniques reproductives comme une façon de "forcer la nature" : « *Finale­ment après toutes les investigations, il n'y avait jamais rien: tout était beau des deux côtés. Un moment donné on s'est dit: "on va essayer de forcer un peu la nature" et on a essayé l'insémination* » (Geneviève). Dans cette définition de l'assistance médicale à la procréation, la dimension naturelle de la reproduction n'est pas rayée ou effacée; elle est forcée, poussée, légèrement dénaturée, mais toujours présente. Ainsi, les couples sont nombreux à se questionner sur les limites de l'intervention médicale en regard du processus reproductif et plusieurs arrivent mal à tracer une frontière claire entre le naturel et l'artificiel, mais aussi entre ce qui est physiquement et biologiquement acceptable comme démarche et ce qui ne l'est pas :

F: *On n'avait pas de problème à produire des embryons, sauf qu'il faut que ça colle. Ce n'est pas naturel tout ça. Tu forces ton corps; c'est comme une technique qui n'est pas naturelle. Ton corps peut bien réagir à ça, mais ton corps peut mal réagir à cette technique-là aussi.*

[...]

*C'est correct que ça existe, mais je me dis : "À un moment donné, quand ça ne marche pas, pousser trop, je ne sais pas si c'est bon ou si ce n'est pas bon". Je ne le sais pas. Toi, qu'est-ce que t'en penses? (s'adresse à son conjoint)*

H: *C'est sûr qu'il ne faut pas trop pousser la machine non plus.*

F: *Quand tu n'es pas dû, quand ton corps ne veut pas... Peut-être que c'est mieux de même, que c'est mieux que tu n'en aies pas (d'enfant). Je ne sais pas. Mais pour ceux qui en ont, pour ceux que ça a marché, peut-être qu'ils ne diraient pas ça (Patrice et Catherine).*

*Tu te poses la question, dans le sens où tu te dis : "est-ce que c'est de forcer la nature que d'aller faire in vitro", et finalement j'ai décidé de le faire. J'ai une amie qu'il l'a même fait une deuxième fois et elle me disait : "je suis déjà chanceuse d'en avoir eu un avec in vitro, c'est peut-être pousser un peu trop ma luck que d'essayer pour un deuxième". Finalement elle l'a fait et elle en a eu un deuxième. Mais eh... avant de faire in vitro, tu te le demandes si tu ne pousses pas trop (Félicia).*

Les questions et les incertitudes que font apparaître les NTR touchent aussi parfois aux diverses conceptions de la reproduction. Des conceptions que l'on pourrait qualifier de "profondément sociales" et qui sont à ce point intégrées par les acteurs sociaux, que même les nouvelles possibilités offertes par la PMA n'arrivent pas à les remodeler; c'est le cas par exemple, de certaines femmes qui, confrontées à l'infertilité de leur conjoint, ont préféré l'adoption à l'insémination avec donneur de sperme. Elisabeth est l'une de ces femmes et son témoignage est certainement révélateur de valeurs et de croyances sociales en regard de la reproduction :

*Je me suis renseignée sur l'adoption en premier. Parce que l'insémination par donneur ce n'est pas quelque chose qui me tente. Je trouve qu'une grossesse, c'est quelque chose que tu partages : c'est intime même, je trouve. Former un bébé, c'est un mélange de deux personnes. Moi, personnellement, je trouvais que c'était vraiment quelque chose d'intime alors... faire ça avec quelqu'un que je n'ai jamais vu le visage, que je ne sais pas comment il est... tu as beau savoir qu'il est étudiant en médecine, les yeux bleus et les cheveux noirs mais ça me boguait et ça me bogue encore d'ailleurs! (Elisabeth)*

Le recours au donneur de sperme continue donc pour certaines femmes d'être associé, d'un point de vue symbolique, à une forme d'adultère. Martine, une autre femme du groupe touchée par une situation semblable, a quant à elle décidé de faire l'IAD à deux reprises : elle mentionne avoir fait ce choix un peu à reculons, influencée par divers facteurs, dont le désir initial de son conjoint de privilégier l'IAD à l'adoption : « moi je me disais... je trouvais ça bizarre aussi de devenir enceinte de quelqu'un d'autre. Dans ma tête, il y a quelque chose qui ne fonctionnait pas, mais on dirait que j'ai continué dans ce processus-là quand même parce que bon, on s'embarquait et on avait pris cette décision-là » (Martine). Dans une étude s'intéressant aux mères porteuses, Ragoné a d'ailleurs montré comment l'introduction d'une troisième personne dans le processus de procréation demeure associée symboliquement à l'illégitimité et comment les couples qui font appel à des mères porteuses doivent développer différentes stratégies pour normaliser les relations ambivalentes issues de la maternité de substitution (Ragoné 1994). En ce sens, les propos de Martine et de Elisabeth montrent que même si la connexion technique entre relation sexuelle et reproduction est médicalement rompue, les deux demeurent symboliquement liées. Par ailleurs, Ragoné soutient que la correspondance conceptuelle entre relation sexuelle et reproduction prouve la difficulté à se défaire de l'idéologie du sang : mais au-delà de l'idéologie des liens de sang, on peut se demander si ce n'est pas d'abord la remise en question de la proximité et de l'intimité sous-jacentes à toute relation sexuelle (tel que le décrit d'ailleurs Elisabeth) qui crée un malaise vis-à-vis l'IAD ou les mères porteuses, ce qui expliquerait que

certaines femmes préfèrent l'adoption à l'IAD, même si cette dernière option leur permettrait de conserver un lien biologique avec l'enfant à naître.

Cette question est incontournable: considérant l'importance des faits biologiques dans la définition de l'identité personnelle et dans celle de la parenté, comment expliquer que ces femmes préfèrent l'adoption à l'IAD et qu'elles acceptent ainsi de renoncer à tout lien de sang avec l'enfant? Il semble donc possible que la force symbolique de l'association procréation-sexualité, c'est-à-dire l'idée que « *la procréation naturelle, pour aboutir, nécessite l'établissement d'un lien sexuel entre l'homme et la femme* » (Jouannet 2004 : 57), exerce sur les couples (dans ce cas-ci sur les femmes) une pression décisive. Selon Jouannet, c'est cette association qui explique que procréation et sexualité demeurent indissociables. Il semble donc que des facteurs autres que ceux liés à une idéologie du sang interviennent dans les décisions des couples. Le cas d'Annie et de Jérôme offre une piste de réflexion : comme leur infertilité était partiellement attribuable aux deux membres du couple, les médecins ont proposé le recours à l'IAD pour maximiser les chances de réussite des inséminations, une option vis-à-vis de laquelle le couple était en total désaccord :

F : *On a fait des inséminations pendant un an, quasiment à tous les mois. Et à un moment donné, vu que ça ne marchait pas, le médecin nous a parlé d'avoir un donneur. Là j'ai dit "non". Là ça c'était clair et net dans ma tête; c'était non.*

Q: Pourquoi?

F: *Pourquoi tu signes un contrat de mariage? Ça va bien. Tu le signes au cas où ça irait mal. T'as un enfant, tu décides de te faire inséminer par quelqu'un d'autre, si ça va bien... tant mieux. Mais la journée que ça va mal dans ton couple... "C'est TA fille, ou c'est TON gars. Arrange-toi avec". Moi me faire dire ça, je n'étais pas prête. On le fait ensemble ou on prend une autre avenue ensemble.*

Q: Toi, c'était la peur que si jamais ça allait mal, l'enfant devienne associé plus à toi?

F: *C'est ça. S'il y a des problèmes, "c'est TON enfant, moi je n'ai pas à voir là-dedans".*

(Annie)

La position d'Annie, contrairement à celle de Elisabeth et celle de Martine qui réfèrent davantage à des éléments symboliques, s'inscrit plutôt dans une logique mettant de l'avant l'invulnérabilité de la chaîne événementielle "mariage", "procréation" et "maternité-paternité": en ce sens, elle insiste sur l'importance des liens du mariage en regard de la reproduction et aussi sur l'importance d'établir au sein du couple un projet commun qui implique à part égale l'homme et la femme. Par contre, Annie fait aussi référence à la force des liens biologiques puisqu'elle soulève la possibilité que l'enfant puisse être délaissé du père d'intention et ramené sous la stricte

responsabilité de la mère, et ce en raison de l'absence de liens biologiques entre l'enfant et le père.

Sur les quatre couples qui ont eu ou qui auraient pu avoir recours à l'IAD, la position des hommes demeure mitigée. Chez ceux (n=2) qui appuyaient le recours à un donneur de sperme, l'argument était que "d'une manière ou d'une autre, l'enfant ne serait pas d'eux" et que cette technique permettrait à leur conjointe de vivre la grossesse et d'avoir un enfant biologique. Pour ces hommes, l'IAD et l'adoption sont appréhendées de manière équivalente puisqu'elles mettent toutes deux de l'avant une parenté sociale basée sur des liens affectifs. Cette position est d'ailleurs bien exprimée dans un échange entre deux femmes sur un forum de discussion<sup>19</sup> sur la question de l'IAD. Les échanges mettent l'accent sur la valeur de la parenté sociale et sur la reconnaissance légale du père d'intention :

*Je ne veux pas lui imposer (IAD). Comme quelqu'un a déjà dit plus haut, c'est lui qui va devoir vivre avec le fait que l'enfant ne porte pas son bagage génétique. De mon côté, il n'y a aucun doute que le donneur n'a rien à voir là-dedans et que c'est mon conjoint qui serait le père à 100%, c'est lui qui vivrait la grossesse et la naissance avec moi et qui l'élèverait avec moi, ça ne laisse de place à personne d'autre. D'ailleurs, légalement, le donneur n'apparaît pas sur le certificat de naissance, c'est le nom du conjoint qui apparaît, et les droits et obligations parentales sont les mêmes que pour un enfant biologique.*

*Un papa, c'est celui qui incarne le rôle, peu importe si le zozo fécondeur est le sien ou non. Pour moi, il n'y a pas de différence, ton conjoint sera le père de ton ou de tes enfants même s'il n'a pas fécondé ton ovule. Je te comprends de te poser des questions, mais je crois fortement que les doutes s'estompent quand vous tenez VOTRE bébé dans vos bras.*

Les deux autres conjoints (n=2) qui ont refusé d'avoir recours à l'IAD ont peu détaillé leur position, mais ils manifestaient davantage une aversion personnelle vis-à-vis de la technique qu'un désaccord absolu. De plus, il faut considérer que dans ces deux derniers cas, l'infertilité demeurait attribuable aux deux membres du couple et que l'IAD, loin de constituer une technique prometteuse, était présentée par les médecins comme une option de dernier recours.

Le même débat sur les limites de la manipulation du "naturel", mais replacé cette fois dans un contexte moral et éthique, suscite à son tour un questionnement difficile, particulièrement lorsqu'il est question de manipulation des embryons. Par exemple, les réactions de Robin et Marie-Claire à la question de savoir s'ils pensent être allés trop loin dans leurs démarches

<sup>19</sup> <http://www.mamanpourlavie.com/forum/sujet/insémination-avec-donneur>

témoignent de ce que nous pourrions appeler un malaise des frontières; dans ce cas-ci, le malaise était complexe et relativement lourd puisqu'il mettait en jeu des vies humaines potentielles et obligeait le couple à se questionner sur une éventuelle réduction embryonnaire (on se rappelle que dans leur cas, les médecins, après avoir introduit deux embryons dans le demi-utérus<sup>20</sup> de la femme et constaté par la suite l'implantation des deux embryons, avaient proposé au couple de procéder à la réduction d'un des deux embryons, une proposition que l'homme et la femme ont finalement refusée):

Q: Est-ce que vous autres personnellement, vous trouvez que vous êtes allés trop loin?

H: *Trop loin dans la science? Comme eh... jouer à Dieu? Pas du tout*

F: *Non nous autres on n'a pas eu d'autres choix à faire après, surtout par rapport à la congélation des embryons (pas d'embryons surnuméraires dans leur cas)*

H: *Mais c'est sûr que ça te ramène à la question de savoir quand est-ce que la vie commence? Mais je pense qu'on a joué à Dieu un peu quand on a dû prendre la décision d'en éliminer un ou de garder les deux et c'était trop pour moi, c'était trop difficile. Là je pense qu'on a joué à Dieu un peu. C'était comme... il n'y avait pas de bonne réponse, il n'y avait pas de réponse claire. Dans une autre vie, les enfants auraient pu naître à 26 semaines, les deux avec les poumons et le cerveau endommagés.*

F: *On a été chanceux, mais moi non, moi je ne pense pas qu'on ait été trop loin. On s'est dit "la technologie est là, on va en profiter" ».* (Marie-Claire et Robin).

Cet extrait présente de nombreux éléments d'analyse: il fait état des dilemmes qui se présentent aux couples en cours de procédures médicales (congélation des embryons, réduction embryonnaire); il met en évidence l'absence de cadres éthiques pour répondre à certaines questions fondamentales issues de la reproduction médicalement assistée; mais plus que tout, il montre le pouvoir d'intervention des couples et des médecins sur le processus de reproduction de la vie humaine. Selon Bestard (2004), c'est d'ailleurs l'introduction du concept de choix dans le domaine des NTR qui soulève de profonds questionnements éthiques et moraux : « *les vérités de la biologie ne sont pas moralement neutres quand le choix s'introduit dans ce qui est dit naturel* » (Bestard 2004 : 257).

---

<sup>20</sup> Il s'agissait dans ce cas-ci d'une malformation congénitale touchant les organes reproducteurs féminins : l'utérus était de taille réduite (environ la moitié d'un utérus normal) et n'était pas relié aux trompes de Fallope. Par conséquent, l'insémination intra-utérine demeurait impossible à pratiquer. Le couple, pour avoir un enfant biologique, devait avoir directement recours à la FIV.

#### 4.3.1-c) D'abord les traitements, ensuite l'adoption : "c'est logique"

Malgré les échecs successifs des traitements entrepris en milieu clinique, et malgré aussi le fait que les couples rencontrés ont tous persisté dans leur désir d'enfant et ultérieurement entamé des procédures d'adoption, l'idée que les démarches en PMA sont préalables à celles de l'adoption fait généralement consensus : « *Je ne pense pas que quelqu'un puisse dire : "moi je n'ai pas d'enfants naturels, je m'en vais tout de suite à l'adoption" sans avoir essayé. Faut que tu passes par essayer d'avoir des enfants naturels en premier; la nature est faite de même* » (Jeanne). Ainsi, pour l'ensemble des répondants, la logique linéaire et chronologique « infertilité - PMA - adoption » n'est pas sujette à questionnements<sup>21</sup> : il va de soi, dans un premier temps, d'essayer d'avoir un enfant biologique avec l'aide de la médecine et, dans un deuxième temps, de se diriger vers l'adoption :

F : *On a fait in vitro avant l'adoption, et je ne peux pas m'imaginer le contraire. Ce doit être tellement différent si tu adoptes, et qu'après tu fais in vitro et que tu as un enfant biologique.*

(...)

H : *Même l'adoption, je pense que naturellement, la plupart des personnes, j'imagine, pensent à avoir ses propres enfants et après ça tu fais une adoption. Tu ne fais pas le contraire. Tout le monde, s'il imagine adopter un enfant, c'est toujours après leurs propres enfants* » (Marie-Claire et Robin).

Au-delà du désir d'avoir un enfant biologique, le développement de la médecine reproductive ainsi que les délais qui tendent à s'étirer en adoption participent eux aussi à la consolidation et à la normalisation de cette trajectoire. D'un point de global, divers éléments idéologiques et culturels interviennent dans cette représentation de la "trajectoire normale". La société québécoise contemporaine, comme l'ensemble des sociétés modernes, croit au pouvoir de la science, à l'avancement et au progrès et se tourne prioritairement vers la médecine pour pallier aux différentes dysfonctions physiques du corps humain (l'infertilité étant considérée comme une dysfonction physiologique). Le traitement de l'infertilité se trouve ainsi ramené dans la sphère de la médecine reproductive, une tendance d'autant plus accentuée que les progrès dans le domaine n'ont cessé de s'accroître au cours des 15 à 20 dernières années (meilleure connaissance du système endocrinien, multiplication des techniques proposées et amélioration de leur précision, taux de succès plus élevés, etc ).

---

<sup>21</sup> À ce niveau, le regard des cas atypiques est tout autre et montre comment l'adoption pour certains couples, particulièrement pour certaines femmes qui ne souhaitent pas connaître le processus de gestation et d'accouchement, est une option envisagée dès le départ.



*Je pense que... il y a peut-être des exceptions, mais d'un premier abord, c'est ce que tu veux, essayer de faire ton enfant naturel. Et on savait qu'avec la médecine, il existait des façons de nous aider qui peuvent eh... nous aider à réussir, à accomplir ça. Dans notre contexte de vie, on pouvait se le permettre, parce que ce n'est pas donné non plus à tout le monde, mais nous on pouvait se le permettre, on a les sous, on a la force de le faire, donc faisons-le (FIV), mais c'est ça, faisons-le mais jusqu'à une certaine limite: on n'était pas prêts à le faire 10 fois non plus. La première fois, on s'est dit : "on va le faire une fois", et après ça, on a réfléchi et on s'était dit "bon allons-y pour une deuxième fois, mais après, ça va être tout, ce sera la dernière fois" (Sylviane).*

Les démarches en fertilité s'inscrivent dans un cadre idéologique particulier qui prône et valorise une attitude de responsabilisation et d'autonomie qui consiste, d'une part, à prendre soi-même les moyens pour remédier à une situation non souhaitable et non désirée, et d'autre part, à persévérer et à aller "jusqu'au bout" (le "bout" étant relatif aux capacités de chacun des couples) pour avoir la conviction d'avoir fait tout ce qui était possible de faire :

*Il (conjoint) semble hésiter à faire la FIV, question de ne pas nous faire vivre ces épreuves et les coûts qui y sont associés sans avoir une garantie, car ça ne fonctionne pas pour tout le monde. Moi, j'ai peur de regretter de ne pas avoir tout tenté pour en avoir un de nous deux, mais en même temps, la FIV me fait horriblement peur et je suis d'accord avec tous les arguments de mon chum. Jusqu'où doit-on aller pour avoir un enfant à nous?<sup>22</sup>*

Q: C'est surprenant que se soit toi (je m'adresse à l'homme, mais c'est la femme qui répondra) qui voulais faire l'insémination avec donneur parce qu'habituellement c'est la femme qui veut le faire pour pouvoir porter l'enfant?

F: *Le fait est que j'allais à Montréal (à la clinique Procréa où avaient lieu les IAD) et je me disais, je le faisais parce que... l'être humain, on dirait qu'on veut toujours aller au bout de nos convictions, et bon... mais dans ma tête, je le savais d'avance que ça fonctionnerait pas parce que je ne voulais pas vraiment que ça fonctionne » (Martine).*

Selon Becker (2000), l'engagement initial des couples dans les NTR serait entrevu comme une manière adéquate de lutter contre le désordre causé par l'infertilité : combattre le problème par la médecine est une attitude sanctionnée culturellement parce qu'elle s'inscrit dans la valeur culturelle de la persévérance. En ce sens, la décision des couples d'entreprendre des démarches médicales est non seulement appréhendée comme une attitude responsable, elle signifie aussi la "prévention de regrets" et de sentiments négatifs liés à l'absence d'actions concrètes. Ce discours était très présent dans les entretiens, particulièrement dans la discussion finale de l'entrevue lorsque je demandais aux couples ce qu'ils feraient différemment s'ils avaient la chance de pouvoir changer certains éléments de leurs parcours. La plupart ont mentionné qu'ils n'y changeraient rien, et que si tout était à refaire, ils repasseraient par le même chemin, y

<sup>22</sup> <http://www.mamanpouurlavie.com/forum/sujet/a-thique-fiv-iad-ou-adoption>

compris par les traitements médicaux, dans la mesure où ces derniers leur ont donné la conviction d'avoir fait tout ce qu'il fallait et d'avoir essayé tout ce qu'il leur était possible d'essayer considérant leurs capacités émotives, physiques et financières respectives.

#### 4.3.1-d) Le corps investigué: les effets physiques des traitements

Même les interventions considérées les plus élémentaires comme la stimulation ovarienne et les inséminations artificielles impliquent une série de démarches médicales qui semblent assez banales d'un premier abord, mais qui peuvent affecter durement ceux qui les vivent. Cela est vrai pour les femmes et la prise d'hormones, mais l'est aussi pour plusieurs hommes qui se voient dans l'obligation de se soumettre (parfois à répétition) à l'échantillonnage de leur sperme, puisque tant les inséminations artificielles que le processus de fécondation in vitro sont précédés du "nettoyage" du sperme, une intervention qui consiste à sélectionner les spermatozoïdes les plus actifs. Souvent minimisées, les conséquences physiques des traitements en fertilité sont vécues difficilement par certaines femmes. Souvent entrevus comme un mal nécessaire, du moins en début de processus médical, les douleurs et désagréments physiques endurés par les femmes semblent plus difficiles à accepter avec du recul, dans la mesure où ils sont considérés "n'avoir servi à rien". Au demeurant, ce sont surtout les thérapies hormonales<sup>23</sup> qui touchent le plus durement les femmes, puisqu'elles affectent autant la santé physique que mentale de ces dernières:

*Moi, avec tous les traitements que j'ai eus ; l'insémination, les hormones... tu te dis que tu n'es pas malade, mais que c'est en train de te rendre malade! Aïe, je me sentais assez mal là! C'était un "boost" d'hormone épouvantable! C'est fou! (France)*

*Un moment donné, tu es pris dans ce pattern-là, et ça n'a plus d'allure... de prendre sa température chaque matin, de prendre des hormones, et les hormones, veux veux pas, ça agit sur le corps. C'est dur sur le moral aussi, les hormones ça travaillent, les émotions sont plus eh... sont plus grosses, on vit ça pas mal plus au vif, fait que moi je dirais que j'ai eu plus de "downs" que lui (conjoint), mais c'est peut-être dû aussi aux hormones (Jeanne).*

*C'est des gros sacrifices... moi, j'ai juste pris des hormones pendant le suivi et tu as mal à la tête, tu as mal au cœur, tu ne feel pas, tu as chaud, tu as froid... (Juliette).*

---

<sup>23</sup> Il semble tout de même important de mentionner que certaines femmes réagissent mieux que d'autres aux médicaments et que la stimulation ovarienne par thérapie hormonale ne provoque pas des conséquences jugées dérangeantes chez toutes les participantes rencontrées.

*C'est beaucoup d'efforts (réfère à la FIV); c'est trois semaines de piqûres; trois piqûres sur la bedaine à chaque matin. Moi j'ai produit plein d'ovules, j'en ai fait 20. Après, ils te les retirent. Ça fait mal, quand ils te les retirent. Et tu viens toute gonflée. Et émotivement aussi là.... Tu veux tuer tout le monde. Moi je ne suis pas agressive, mais au travail je voulais tuer toutes mes clientes et tout le monde avec qui je travaillais. Ça n'avait pas de bon sens; je ne me reconnaissais plus. Des gros maux de ventre et même encore, on dirait que depuis ce temps-là, quand je suis menstruée, j'ai plus mal au ventre (Catherine).*

Plusieurs interventions jugées de moindre importance, comme la laparoscopie ou le retrait des adhérences (pour celles qui ont fait de l'endométriose), sont des interventions médicales largement banalisées, mais qui demeurent douloureuses. De plus, ces interventions positionnent les femmes dans un rôle de patientes; une situation loin de plaire à ces dernières. D'ailleurs, dans un des cas atypiques étudiés, celui de Francis et Sarah, c'est justement le passé médical relativement lourd de la femme (qui a souffert d'un cancer quelques années auparavant) qui les a freinés dans leurs démarches médicales en fertilité: d'une part, la condition physique de Sarah rendait la grossesse plus risquée et d'autre part, l'idée de devoir subir à nouveau un suivi médical invasif ne l'intéressait nullement :

*Après deux ans, lui (gynécologue), il nous envoyait en clinique d'infertilité et là on n'a pas voulu, on avait dit : "Non, on va essayer naturellement". Et ça n'a pas fonctionné, donc on a tout arrêté. C'est aussi parce que moi j'avais déjà eu, en étant malade, pas mal de traitements de ci et de ça; quand tu passes trois ans de ta vie à faire des biopsies aux trois mois, à faire des... me faire rejouer dans le corps pour l'infertilité, non. C'était assez, mon corps en avait assez vu et ça ne lui tentait plus. Recommencer dans ces affaires-là, ça ne me tentait pas (Sarah).*

Alors que plusieurs femmes ont connu cet épisode "d'épuisement médical" à un certain moment au cours de leur suivi, Sarah, ayant expérimenté dans un contexte antérieur les effets négatifs de l'investigation médicale, a délibérément choisi de ne pas se relancer dans des démarches médicales, jugées trop envahissantes.

Une autre dimension physique contraignante vécue par les couples et souvent sous-estimée est la discipline et la rigueur qu'exigent les traitements de fertilité : même l'insémination intra-utérine (ou insémination artificielle), considérée d'un premier abord comme une intervention relativement simple, demeure passablement envahissante pour le couple qui doit se soumettre à des rendez-vous stricts et répétitifs déterminés à priori par l'état du cycle reproductif de la femme:

*Juste l'insémination, ils (médecins) calculent ton cycle et à un moment donné, t'as un rendez-vous à l'hôpital pour une échographie pour voir au niveau des ovaires si t'es prête.*

*Là, tu peux aller à l'hôpital trois jours de suite pour des échos. Elle regarde : 'ok, oui, c'est beau'. Ils décident que c'est la journée : là tu retournes à 1h00 avec l'échantillon de sperme qui s'en va au laboratoire, et à 3h00 on retourne pour l'insémination. Dès fois, le lendemain, ils te redonnent une autre piqûre d'hormone pour garder la température de ton corps assez haute pour que ça s'accroche bien dans l'utérus (Edith).*

Peu importe les démarches médicales entreprises, le corps humain (particulièrement celui de la femme) est soumis à une discipline rigide, elle-même basée sur divers calculs : température corporelle, taux hormonal, cycle menstruel. Les couples sont conscients des effets physiques possibles et les acceptent. En ce sens, les femmes sont peu portées à se plaindre des inconvénients physiques endurés. Par contre, certaines affirment en avoir sous-estimé l'ampleur et admettent aussi avoir fermé les yeux sur certaines des informations reçues. C'est le cas de Zoé qui, suite à sa thérapie hormonale, est demeurée aux prises avec des problèmes de vue irréversibles pour lesquels elle a finalement dû se faire opérer : « *Quand tu apprends ça (infertilité), c'est une claque dans la face. Ils (médecins) devraient au moins te dire : 'on va laisser passer le temps un peu, on verra après ce qu'on peut faire...' Mais non, eux autres, c'est tout de suite : 'voulez-vous faire ça?'*. Fait que là, tu prends tes décisions sans trop de recul parce que tu te dis 'ça va marcher'. Tu écoutes les effets secondaires, mais tu les écoutes à moitié... tu ne veux pas trop les savoir! » (Zoé). Dans une étude menée auprès de cliniciens qui exercent dans diverses cliniques de fertilité américaines, Price souligne que les couples infertiles, dans leur désir de maximiser leurs chances de grossesse, ont tendance à ignorer volontairement les conséquences possibles des méthodes utilisées et à faire abstraction des étapes entre "le moment actuel" et "l'arrivée potentielle de l'enfant" (Price 1999 : 42). On peut donc difficilement avancer que les femmes sont victimes d'un manque d'informations à l'égard des médicaments prescrits : elles sont la plupart du temps bien informées des effets secondaires possibles des médicaments et jugent que les risques de santé qu'implique la médication valent la peine d'être pris dans la mesure où ils peuvent répondre au désir d'enfant du couple et mener à une grossesse:

*Il fallait que je m'injecte dans le corps un paquet de patentes, et si tu n'aimes pas les aiguilles, bin tu t'en donnes à cœur joie pendant je ne sais pas combien de semaines! Mais de te "shooter" des médicaments de même... et moi je suis une fille qui ne prend même pas des Tylenol. Imagine de me "shooter" de même avec toutes ces cochonneries-là. C'était quelque chose pour moi. C'est sûr qu'il y a une partie de toi que tu te demandes "est-ce que c'est nocif?", "vont-ils découvrir plus tard que ce n'était pas naturel tout ça?" Mais encore une fois, je me suis dit: "on va faire confiance en la vie, on va faire confiance aux médecins" (Félicia).*

Les propos de Félicia mettent en évidence une réalité vécue par la plusieurs des femmes qui ont recours aux techniques médicales d'aide à la procréation et qui se traduit par la nécessité de se dissocier de son propre corps qui devient un objet externe à soi-même. Les femmes acceptent de se soumettre aux procédures médicales et à la prise de médicaments que cela implique mais s'efforcent d'aborder ces interventions avec une certaine distance.

#### **4.3.1-e) Le couple éprouvé : conséquences des traitements sur la relation conjugale**

Les répercussions des traitements en fertilité sur le couple recourent évidemment celles liées plus généralement à l'infertilité (et qui ont été abordées à la section 4.2.4-c): par contre, il m'a semblée pertinent de les distinguer dans la mesure où les enjeux que sous-tendent les démarches en milieu clinique, en raison de l'intense investissement émotif et financier qu'ils exigent, touchent à des dimensions différentes, sinon supplémentaires de l'espoir renouvelé et sans cesse déçu déjà présent dans la période d'essais (abordée précédemment).

Avant même le début des traitements médicaux, la déception suit surtout le cycle des règles, celles-ci marquant chaque mois le constat d'échec d'une possible grossesse. Dans le cas de Georges et Geneviève, ces échecs répétitifs ont duré plusieurs mois avant qu'ils ne décident d'entreprendre leur première IAC puisqu'en dépit des nombreuses investigations médicales, aucun diagnostic d'infertilité n'avait pu être établi:

*F : À un moment donné on était fatigués durant les essais d'être déçus à chaque mois. Là, on s'est dit "il faut faire quelque chose" parce qu'un moment donné ça devient lourd pour le couple. Ça devient dur à chaque mois d'avoir des déceptions.*

*H: c'était plus quand on essayait d'en avoir et...*

*F: ...et que ça ne marchait pas...C'est sûr qu'à la fin du mois, quand ça ne marchait pas et que je pleurais, je ne suis pas sûre que lui trouvait ça plus facile que moi. Des fois, il venait tanné. Et un moment donné, on s'est dit : "là, c'est assez, il faut qu'on prenne une décision parce que..." chaque mois on trouvait ça difficile. (Georges et Geneviève)*

Dans un deuxième temps, le début des traitements de fertilité ajoute une dimension supplémentaire à la question de l'espoir : qu'il soit question de stimulation ovarienne ou de fécondation in vitro, les multiples possibilités offertes par la médecine reproductive créent un espoir renouvelé chez les couples qui décident d'entreprendre des démarches médicales :

*C'est parce que tu penses vraiment que ça va marcher. Tu y crois cent milles à l'heure. C'est sûr à 100% que ça va marcher! Ça, j'ai trouvé ça difficile, honnêtement. On s'était donné comme objectif 3 nous autres (trois inséminations artificielles avec sperme du conjoint)...c'était trois fois et après, nous voulions passer à autre chose. Mais, je me rappelle à Pâques 2004, j'étais défaite. J'étais menstruée et j'étais sur le bord de la dépression. C'est que t'es sûre que ça va marcher; à toutes les fois, t'es sûre que ça va marcher (Laurence).*

*Ils (médecins) allaient déposer le sperme avec une seringue. Nous avons fait cela pendant plusieurs années. Ça, ça été le bout difficile. Tu espères beaucoup et à chaque mois, il y a une déception, une déception, une déception... C'est des périodes difficiles d'une relation; c'est dur sur le couple. Un moment donné dans tout ça, tu ne progresses pas de la même façon. Il y a une personne qui va être plus déçue à un certain moment et l'autre va lui dire: "C'est assez, je ne me casse plus la tête avec ça! Je passe à d'autres choses, on passe à une autre étape" (Alain).*

Initialement, la décision d'entreprendre des démarches en clinique de fertilité constitue un nouveau départ pour le couple qui décide finalement de s'investir (en termes émotifs) et d'investir (en termes financiers) dans une nouvelle forme d'accès à l'enfant. Pierre angulaire de la médecine reproductive, le type d'espoir mis de l'avant par les cliniques de fertilité est passablement difficile à négocier pour les couples. Basée sur des statistiques qui demeurent tout de même peu favorables aux couples (puisque, selon Spar (2006) les deux tiers des couples qui consultent et font appel à divers traitements échouent dans leur tentative d'avoir un enfant biologique) et sur un désir humain difficile à rationaliser et impossible à calculer (puisque la valeur d'un enfant désiré n'a pas de prix), la médecine reproductive devient pour plusieurs couples un espace risqué, un terrain glissant où l'investissement en temps, en énergie et en argent n'est nullement lié à une quelconque garantie de résultats. Ainsi, certains couples sortiront de leur expérience médicale plus déçus encore qu'ils ne l'étaient à leur entrée, comme c'est le cas pour cette internaute:

*Après un an et demi de thermomètre, de relations sexuelles planifiées... on n'était juste plus capables, alors j'ai lâché mon thermomètre et on s'est dit "boff... ça arrivera quand ça arrivera". Un an après, mon conjoint me dit: "on va essayer les inséminations". Je ne suis pas chaude à l'idée mais bon... On a fait un essai et c'est moi qui, psychologiquement, ne supporte pas ce terrible échec. Je nous revois encore dans la chambre de bain pour avoir le spécimen... se faire farcir comme une dinde, attendre et espérer si longtemps. Et ce désespoir, ce trou noir quand les règles sont apparues. Annoncer à mon conjoint que non, ça n'a pas marché.....oufff....<sup>24</sup>*

<sup>24</sup> <http://www.dlvdm.com/forum/index.php?act=Print&Client=printer&f=47&t=110317>

Vue à partir du cas de Robin et Marie-Claire dont le processus de FIV a mené à la naissance de jumeaux prématurés, la peur de voir les investissements et efforts ruinés et d'être confrontés à l'échec est aussi ce qui a influencé leur choix de procéder à l'implantation de deux embryons au lieu d'un seul:

*Le seul moment pour moi où l'argent est entré en question, c'est que... c'est quand on a essayé in vitro ; moi je ne voulais pas être déçu et que finalement il n'y ait pas de bébé. En même temps, je pensais : "si on fait tout ça, qu'on dépense l'argent et que c'est tout gaspillé... si ça ne marche pas?" On avait peur de manquer notre coup. On avait peur de dépenser tout l'argent et d'être déçus après toutes les étapes, tout le travail que tu dois faire, tous les rendez-vous avec le docteur, les injections... ce n'était pas vraiment juste l'argent, mais c'était comme le feeling d'être déçus après tout ça. Alors que si on en mettait deux (embryons), avec la suggestion du docteur, mais pas directement, indirectement, on augmentait les chances (Robin).*

L'espace de la procréation médicalement assistée confronte les couples à des choix difficiles qui impliquent tout autant des dimensions rationnelles et techniques (comme les statistiques, les taux de réussite et les moyens financiers du couple) que des aspects irrationnels et émotifs (comme le désir d'enfant ou le désir de vivre une grossesse). Dès lors, on comprend mieux comment certains couples ont pu entrevoir la fin des traitements comme une libération venant marquer la fin d'une période éprouvante: « *Quelque part, quand on était dans le processus (plus d'une dizaine de IAC sur une période de deux ans), à chaque mois, ça devenait plus démoralisant que motivant. Jusqu'à un certain point, quand on a dit "c'est fini", ça a été quasiment une libération* » (Jérôme).

#### **4.3.2 Les relations au corps médical**

Durant plusieurs mois, parfois quelques années, les couples ont été en contact répétitif avec le milieu médical et ses différents acteurs. Ces relations ont souvent été déterminantes dans la trajectoire des couples; il m'a donc semblé nécessaire d'y porter une attention particulière, non seulement dans le but de mieux comprendre l'expérience des couples en clinique de fertilité, mais surtout dans le but de nuancer certaines idées largement répandues au sujet des relations "médecins et cliniciens - couples infertiles", idées selon lesquelles les couples seraient prêts à tout pour avoir un enfant biologique et les médecins prêts à tout pour vendre leurs services. S'il est bien vrai que les relations entre les couples et les médecins sont loin d'être toujours harmonieuses, la qualité de celles-ci est très variable et comporte également plusieurs facettes,

certaines touchant directement la dimension personnelle et individuelle (personnalité, relations interpersonnelles, attitudes), mais d'autres référant davantage à la sphère "médecine reproductive" qu'à l'individu "médecin" comme tel. D'un point de vue sociologique et anthropologique, l'étude des relations entre les deux parties constitue un espace-clé pour comprendre certaines normes et représentations relatives à la famille et à la parenté. Dans une étude récente au cours de laquelle elle s'est intéressée aux échanges entre l'équipe médicale et les couples désireux de procréer, Gaille (2008) considère que certaines représentations normatives sur les parents, l'enfant à naître et l'entité familiale interviennent dans l'accompagnement médical des projets de procréation. Cette strate normative est réinterprétée et intégrée à une histoire singulière de couple et de famille (2008 : 94-95).

Selon Cussins (1997), ce sont les processus de normalisation, de naturalisation et de routinisation qui définissent le caractère des cliniques de fertilité et qui illustrent le mieux les interconnexions entre "vie sociale", "réalité matérielle" et "expertise" qu'elles privilégient. Par **normalisation**, Cussins entend les "moyens par lesquels les nouvelles données sont incorporées dans des procédures pré-existantes et dans des objets déjà connus par la médecine reproductive". De son côté, la **naturalisation** réfère aux moyens par lesquels certains questionnements, incertitudes ou contingences sont ramenés sous l'angle de l'évidence et du naturel. Finalement, la **routinisation** réfère à la répétition des savoirs techniques et médicaux exercés par les praticiens et de plus en plus connus et reconnus des patients.

#### **4.3.2-a) La distance et le manque de proximité**

Les cliniques de fertilité offrent non seulement un cadre à partir duquel les gens situent leurs expériences, mais aussi un contexte qui participe à la formation de leurs opinions : selon Thomson, la clinique de fertilité est non seulement un lieu significatif de négociation de la parenté, elle est aussi un lieu où s'articulent les sphères privée et publique (Thompson 2001 : 175). Plusieurs médecins ont tendance à rester campés dans une position technique et médicale, alors que pour les couples, l'infertilité dépasse largement la dimension médicale et demande une certaine compréhension émotive de la part des spécialistes, lesquels demeurent généralement très peu enclins à investir la dimension symbolique, psychologique ou conjugale de l'infertilité. En ce



sens, le témoignage de Elisabeth sur sa rencontre avec la gynécologue suite au spermogramme de son conjoint est particulièrement révélateur de la distance qui sépare les médecins des couples sur le plan expérientiel et émotif:

Q: En milieu médical, quand ils annoncent que l'opération n'a pas marché, est-ce que...?

F: *Ça, c'est mal fait! Quand j'ai eu le résultat du spermogramme, il fallait que j'aille chercher le résultat chez mon gynécologue. Il était en congé, alors c'était une autre gynécologue et elle m'a dit cela au comptoir d'accueil. Je suis arrivée et j'ai dit: "Je suis supposée avoir une enveloppe au nom de Martin Chamberland, les résultats de son test". Elle a pris l'enveloppe, elle l'a déchirée parce qu'elle était dans le jus parce qu'elle avait des rendez-vous et elle a regardé: "Ça ne marche pas, c'est négatif! Je vais te prescrire un autre papier parce qu'il faut qu'il aille voir un urologue, un spécialiste. Ok, merci, bye". Elle me dit cela sur le coin du comptoir. Je m'en doutais remarque, ce n'était pas une énorme surprise parce que ça faisait 3 ans que ça ne marchait pas alors c'était sûr qu'il en avait un des deux qui n'était pas correct. Mais n'empêche, "prends au moins le temps qu'on s'assoit dans un bureau et me dire: Finalement, ça ne fonctionne pas, ça n'a pas bien été, etc." Elle, elle me garoche ça sur le coin du comptoir. Après ça, il faut que j'aille à la maison et que je dise ça à mon chum. Côté médical, ce n'est pas fort... Même l'urologue que mon chum a eu, il lui a expliqué l'opération, ça pris un an avant qu'il ait son rendez-vous pour se faire opérer. Tu attends. Après un an, il s'est fait opérer et le médecin ne l'a même pas revu: il lui a donné son petit pot pour faire la vérification après 3 mois: "tu nous le ramènes au mois d'août et on fait l'évaluation". Après 3 mois, il va faire son test, on n'a pas de retour d'appel. Alors j'appelle: "C'est pour savoir les résultats du spermogramme, qu'est-ce qui se passe?" Elle me dit: "Non, rien a marché, tout est à zéro". Comme ça, au téléphone . (Elisabeth).*

Dans ses écrits sur l'anthropologie du corps, Le Breton (2005 [1990]) critique vivement la vision instrumentale et mécaniste du corps mise de l'avant par la médecine moderne: « *Dans l'élaboration graduelle de son savoir et de son savoir-faire, la médecine a négligé le sujet et son histoire, son milieu, son rapport au désir, à l'angoisse, à la mort, le sens de la maladie, pour ne considérer que le "mécanisme corporel". Ce n'est pas un savoir sur l'homme, mais un savoir anatomique et physiologique* » (Le Breton 2005 [1990]: 187). Selon l'auteur, la médecine occidentale, ancrée dans "le rythme de la modernité" oublie que l'être humain est un être de relations et de symboles et qu'il s'inscrit dans une trajectoire sociale et individuelle. À cet égard, la position de Josée est intéressante dans la mesure où elle cadre parfaitement dans ce schème d'analyse: d'un côté, elle reproche à sa gynécologue son manque d'empathie et de sensibilité vis-à-vis de la détresse engendrée par l'infertilité, mais de l'autre, elle endosse l'idée que le rôle du médecin se limite au traitement des corps dans sa stricte dimension physiologique :

F: *Les médecins, ils ne sont vraiment pas eh... je veux dire... c'est une gynécologue et elle, elle traite toutes sortes de problèmes reliés à l'appareil génital. Fait qu'elle, ton désir et ta détresse tout ça, j'ai senti qu'il n'y avait pas de porte d'ouverte pour ça. J'ai déjà essayé d'y dire: "Écoutez, je commence à être tannée, je trouve ça long, ça fait deux-trois ans..." et*

*c'était vraiment une froideur, je ne sais pas. Professionnellement, elle est probablement très bonne cette femme-là, elle m'avait été recommandée. Mais en terme de chaleur humaine là, on va repasser. Mais en même temps, ce n'est peut-être pas leur job. Mais en aucun moment on ne m'a dit : 'T'as l'air de trouver ça "tough", peut-être que tu devrais te faire aider ou eh...''*

[...]

*F: En milieu médical, eux autres, ils te cherchent une pathologie, ils te cherchent un problème, c'est ça leur job. Fait que tout le côté émotif de la chose.... Et eux autres, ils relativisent; je le sais parce que Serge (conjoint), il vient d'une famille de médecins fait que j'en ai plein dans mon entourage. Un moment donné, c'est qu'ils relativisent beaucoup les choses : eux autres, des problèmes "heavy", ils en voient à longueur de journée, donc ton petit problème d'infertilité non expliquée, ce n'est pas grave pour eux autres. Ce n'est pas un vrai problème. En réalité, c'est juste qu'ils ne sont pas capables de te donner une raison, mais tu n'as pas de problème de santé ». (Josée)*

#### **4.3.2-b) Le savoir médical comme point d'articulation des relations**

Les couples se trouvent ainsi dans une position délicate: ils situent eux-mêmes la médecine reproductive dans l'espace du progrès, de l'avancement et du savoir, mais en arrivent à la conclusion que cette dynamique est difficilement supportable parce que sans fin et continuellement créatrice d'espairs. Par contre, la plupart des participants ne remettent pas en question la "bonne volonté" des médecins, ni d'ailleurs leurs manières de procéder. Les propos de Paul et Jeanne montrent comment les couples croient en la médecine reproductive et comment cette foi repose concrètement sur la figure du médecin:

*H: Eux autres (médecins), ils veulent, ils veulent tellement. Ils se sont en allés là-dedans en infertilité justement pour eh... pour donner la chance aux femmes de tomber enceintes, de devenir mères. Eux autres, c'est leur mentalité, et ils veulent. C'est comme quelqu'un qui a le cancer, ils ne lui diront pas: "aïe tu vas mourir". Ils vont dire : "on va tout essayer pour te guérir". Eux autres (médecins) te disent : "on va essayer ça et tu vas voir, le prochain mois tu vas tomber enceinte". C'est tout le temps ça, tout le temps de l'espoir.*

*F: Tant que tu n'es pas tombée enceinte, tu ne peux pas voir la fin. Et après six mois, tu n'es plus capable, tu reviens dans le bureau du médecin, tu pognes les nerfs, tu y dis tout ce que tu peux y dire. Après ça il va te parler, et là tu reviens à la maison: "aïe regarde, ça va marcher là c'est sûr, il me l'a dit que ça allait marcher. Il change mes hormones, je te promets que ça va marcher". Fait que tu reviens à maison et ça recommence. (Paul et Jeanne)*

Les propos de Jeanne sont aussi tout à fait révélateurs de comment l'apparition de nouvelles techniques et de nouveaux savoirs laisse continuellement planer l'idée qu'il est possible de se délivrer de sa condition d'infertile et oblige sans cesse les couples à faire des choix difficiles. À ce titre, Price (1999) note que les récents développements dans le champ de la reproduction

assistée mettent en évidence « *le rôle crucial du clinicien, tant comme preneur de décision que comme gardien de la distribution des services* » (1999 : 30). Les cliniciens sont ceux qui détiennent le savoir médical et qui guident les couples dans leur expérience en procréation médicalement assistée. En ce sens, ils interviennent directement dans les processus décisionnels des couples, même si formellement, ils cherchent à se distancier de ce rôle en prônant l'autonomie des couples dans leurs choix. L'histoire de Robin et Marie-Claire qui ont connu dans le détail le processus de fécondation in vitro, laisse entrevoir plusieurs facettes de la relation des couples avec le corps médical. Dans cet extrait, le couple raconte comment il en est venu à la décision d'implanter deux embryons dans le demi-utérus de la femme au lieu d'un seul, alors que cette manœuvre médicale comportait des risques évidents pour les enfants à naître et pour la mère<sup>25</sup>:

F: *Le problème, c'est qu'ils (médecins) ne te donnent pas... tu n'as pas le temps de réfléchir : ils te bombardent de statistiques, tu ne comprends rien, t'essaies de les faire répéter et c'est comme... c'est parce qu'il y a des statistiques sur si tu en mets un (embryons), d'autres si tu en mets deux (embryons), mais là-dedans, t'as aussi des sous-statistiques. Fait que finalement, tu sors de là, tu ne comprends rien. Nous autres, on n'avait même pas compris les bons chiffres, fait que quand on a revu le médecin par après (après avoir su que les deux embryons s'étaient implantés), on lui a dit : "comment ça que ça a marché les deux?" "c'est ça les normes" "ce n'est pas ça qu'on avait compris". On s'obstinait.*

H: *Dans ma tête, en tous cas, c'était 5% ou 8% de chances que les deux bébés restent.*

Q: *Avez-vous eu un laps de temps pour y penser si vous en mettiez un ou deux?*

F: *Ça se passe tout le long du processus: comme nous autres, c'était un, mais quand ça a été le temps de les implanter, on a eu comme un moment de panique. La journée de l'implantation ou quelques jours avant, j'ai dit : "est-ce qu'on en a beaucoup (embryons)?" et là il a dit "Non"... Bref, le médecin lui, il ne peut jamais dire "je vous ai dit de faire ça". C'est juste qu'on a pris notre décision dans notre tête et à la fin, on a posé la question : "est-ce qu'il y en a qui en mette juste un?" Il m'a dit : "Non, après tout le travail, l'argent et le temps que ça prend, le monde en met pas juste un". Et là on s'est dit : "Ouin mais là personne n'en met juste un..."*

H: *Moi c'est le docteur qui m'a convaincu.*

F: *Mais l'affaire qu'ils n'expliquent pas et que t'apprends après, ça je trouve ça..., c'est que les embryons ont des stades embryonnaires et il y a des embryons qui se développent plus vite, fait qu'ils se rendent à un stade embryonnaire où ils sont plus forts. Fait que finalement, nous autres on en avait un qui était fort et un deuxième qui était à un stade un peu moins développé. Fait qu'elle (technicienne en laboratoire) nous a dit "Vous en avez un qui est très fort, c'est sûr qu'on prend lui", et elle dit : "je vais regarder entre les deux autres, et je vais en prendre un des deux". Mais ce qu'elle n'a pas dit, c'est que quand tu en as un avec un*

<sup>25</sup> La réflexion qu'impose cette situation est d'autant plus importante qu'une fois l'implantation terminée et "réussie", les cas de grossesses à risque réalisées en milieu clinique sont automatiquement renvoyés au système public qui doit alors prendre en charge non seulement les suivis de grossesses de ces femmes, mais aussi les nouveaux-nés prématurés qui en résultent. En effet, une fois la grossesse confirmée (et ce peu importe l'état de cette grossesse), tous les liens entre le couple et la clinique sont rompus.

*stade avancé, tu as quasiment, je ne sais pas combien de pourcent de chances, mais c'était quasiment sûr qu'il s'implantait lui, parce qu'il était fort. Mais si elle nous l'avait dit au début, on aurait peut-être dit : "si lui, c'est sûr qu'il s'implante, on va en mettre juste un". Mais t'as comme un moment de panique aussi où t'es là, t'as fait tout ça et là ils vont l'implanter fait qu'à ce moment-là, c'est comme : "Allez-y mettez en deux". Fait que oui, t'as du temps pour y penser, mais quand t'es rendu là, tu veux que ça marche, fait que "ok on va en mettre deux". (Robin et Marie-Claire).*

Certes, la situation vécue par Robin et Marie-Claire est exceptionnelle (les cas de demi-utérus sont très rares), mais elle témoigne tout de même de l'ampleur du pouvoir décisionnel qui incombe aux couples dans l'univers de la procréation médicalement assistée et dont se départissent les médecins. La force de la culture médicale est mise en évidence dans l'ensemble du récit, qui présente divers points de repère à partir desquels comprendre la dynamique qui prévaut dans les cliniques de fertilité : par exemple, la présentation des différents traitements sous forme de statistiques et de probabilités est un élément mentionné à plusieurs reprises par les participants qui sont nombreux à manifester leur réticence devant cette façon de présenter l'information :

*Après nos trois inséminations, ils (médecins) voulaient dont que je prenne la super ovulation: "vous augmentez vos chances!" parce qu'ils parlent toujours des pourcentages de chances! "Ton pourcentage est à X et là, tu vas le monter à Y". À ce moment-là, ils te poussent un peu, on sent qu'ils te poussent un peu. Mais quand on a dit: "Nous autres ce qu'on veut c'est les 3 shootes (trois IAC), mais la super ovulation, on ne se rendra pas là. Ce n'est pas dans nos objectifs. Nous, on voulait se donner cette possibilité-là... on l'aura fait et on sera comme... je ne sais pas... rassurés d'avoir tout fait pour avoir un bébé biologique". À partir de ce moment-là, ils respectent le choix, il n'y a aucun problème avec ça ».*  
(Laurence)

Selon Cussins, les buts pragmatiques des cliniques de fertilité sont définis par le désir de traiter le plus de patients possible et d'améliorer les taux de succès, mais en mettant de l'avant une devise (largement partagée au sein des cliniques) qui consiste à laisser aux couples le choix des démarches qu'ils souhaitent ou non entreprendre (1997 : 86). Ce constat est d'ailleurs bien exprimé par Laurence (ci-dessus) dont les propos viennent valider les rôles assignés aux différents acteurs impliqués dans les procédures médicales d'aide à la procréation : les médecins (tant au public qu'au privé) analysent les situations d'infertilité des couples et investiguent pour en trouver les causes; ensuite, ils proposent diverses solutions aux couples qui doivent alors décider des démarches qu'ils souhaitent entreprendre parmi celles proposées : « *On n'avait pas de contacts réguliers avec la clinique, et les fois qu'on y allait, on ne s'est jamais sentis poussés*

vers la fécondation *in vitro*. Ça a toujours été nous autres qui prenaient les décisions. Ils nous offraient leurs produits, ils nous offraient les démarches : ‘‘si vous faites ça, il y a tant de pourcentages de chances’’. C’était bien expliqué quand même » (Pier-Louis). Ainsi, le pôle ‘‘proposition’’ est occupé par les médecins, cliniciens et spécialistes qui s’affairent à analyser et à dresser un portrait des possibilités médicales qui s’offrent aux couples, alors que le pôle ‘‘décision’’ est remis entre les mains des couples qui doivent alors trouver un terrain d’entente sur ‘‘jusqu’où aller?’’ (cette dimension est traitée plus en détail dans la section 4.3.2-d)

Évidemment, les couples qui arrivent plus aisément à tracer les limites de leur incursion en médecine reproductive sortent de cette expérience moins ébranlés et moins déçus aussi que ceux plus hésitants dans leurs démarches:

*On est allés voir en privé pour in vitro: c’est notre spécialiste qui faisait aussi du privé, on a juste changé d’adresse comme on dit. C’était le même. Il nous a bien expliqué ça, c’était correct. Mais déjà, après la deuxième opération (pour des kystes ovariens), on s’est dit ‘‘ça sent la fin...’’. C’était pas mal clair. Et sa première réaction, il a dit: ‘‘écoutez, j’arrêtera la stimulation parce qu’on voit qu’on embarque dans un cercle vicieux (les kystes ovariens sont un des effets secondaires possibles de la stimulation ovarienne). On peut poursuivre l’insémination sans stimulation, mais je vous dirais que si après cinq fois, ça n’a pas marché, pensez à tout arrêter’’ (Marc-André).*

*Quand on est allés pour la deuxième FIV, on avait déjà commencé le processus d’adoption... fait que c’est sûr qu’on sentait moins de pression. On savait qu’on allait être déçus si ça ne fonctionnait pas, mais comme on était déjà dans un autre projet, c’était: ‘‘si ça ne marche pas, on va aller de l’avant avec le processus d’adoption’’. Le médecin, on lui en avait fait part, et lui, il était complètement neutre par rapport à ça (Sylviane).*

La qualité très variable des relations entre les couples et les médecins dépend donc en partie de l’attitude de ces derniers, mais aussi de l’état d’esprit des couples, certains ayant déjà envisagé l’option ‘‘adoption’’ avant même la fin des traitements. Dans quelques cas, les démarches médicales entreprises sont mentionnées et décrites avec une certaine distance et les couples en question ne semblent pas avoir souffert de ce passage en milieu médical : c’est le cas de Sylviane qui refuse de qualifier ‘‘d’épreuve’’ son passage en milieu clinique malgré l’échec de deux fécondations *in vitro* :

Q: Est-ce que tu le vois comme des épreuves à travers lesquelles vous avez dû passer ou pas nécessairement? (la discussion portait alors sur l’ensemble de la trajectoire du couple)

F: Pas ‘‘épreuves’’: ‘‘aventures’’, mais pas ‘‘épreuves’’ dans le sens négatif, non.

Q: Même tout ce qui a rapport au milieu clinique?

F: Non pas ‘‘épreuve’’, en tous cas pas ‘‘épreuve’’ au sens où moi je l’entends, non. Non, pas des épreuves, des expériences de vie, point. Je ne suis pas sortie de ça démolie, vraiment

*pas : déçue, oui, et je pense que c'est normal, mais comme je te disais tantôt, vu que l'adoption nous trottait déjà dans la tête... Ce n'est peut-être pas pareil quand t'es vraiment centré juste dans ce projet-là (PMA) et que tu n'as pas d'autres voies, que tu n'as pas d'autres issues, là tu le vois sûrement différemment. Ce n'était pas notre cas (Sylviane).*

#### **4.3.2-c) Le caractère dérangeant de la dimension financière**

Vécues difficilement ou non, les expériences en cliniques privées (concerne 13 couples au total) demeurent quand même, dans la presque totalité des cas, marquées par un malaise envers la dimension commerciale impliquée. La question a d'ailleurs été discutée d'un point de vue théorique dans le deuxième chapitre. Historiquement, la sphère domestique représente un refuge sentimental supposé être à l'abri des contingences du marché. Au cours des trente dernières années, la sociologue V. Zelizer (1985, 1994, 2005) a largement étudié le sujet en contexte américain et montré comment la famille, dès la fin du 19<sup>ième</sup> siècle, a été sacralisée et entrevue comme un espace relationnel devant être préservé de tout enjeu économique. La famille et l'économie ont été érigées en sphères distinctes qu'il fallait éviter de croiser, la première référant aux sentiments et à la générosité et la deuxième au calcul, à la recherche de profit et à la rationalité instrumentale. Zelizer, en partant de situations impliquant des échanges monétaires ou marchands (assurance vie, jugements de divorce et autres cas juridiques, adoption, soins aux personnes âgées, échange de cadeaux) veut démontrer que l'intrusion de questions économiques dans l'espace sacré de la famille est incontournable et que les individus arrivent, par ajustement, à établir des connexions cohérentes entre leur intimité familiale et leurs activités économiques. Dans le cas de la présente recherche, cette contingence historique expliquerait en partie le malaise lié au marché de la procréation médicalement assistée. Symboliquement et culturellement, le fait de voir l'enfantement associé à l'argent et le fait aussi de se voir forcés de payer pour quelque chose qui dans ses fondements mêmes, est étranger au "marché" représente une étape difficile à franchir pour certains couples :

*Ils (médecins en clinique privée) vendent leurs affaires. C'est comme : "on peut commencer par une insémination, ce n'est pas trop cher et si ça ne pogne pas..." C'est tannant pareil parce que ce n'est pas drôle d'être obligés de payer pour avoir un enfant. Admettons, ils te disent "regarde, on a un forfait fécondation in vitro, tu en fais deux, tu en as une troisième gratuitement". Après ça là, ils décongèlent ton sperme, et là les ovules, et là ça te coûte tant. Mais c'est tannant parce qu'on parle d'enfants, et lui, il te parle : "pour 500\$, pour 700\$ t'as ça, mais tu n'as plus besoin de faire ça. Dans l'autre forfait, si ça ne marche pas, on va pouvoir passer à l'autre étape". Ça devient assez eh... c'est l'approche de ça; ils te vendent*

ça: *“T’as le choix, tu peux prendre un trio, un forfait”. “Voyons donc! On parle d’enfant et de conception d’un enfant et eux autres te parlent de ça en trio”* » (Pier-Louis).

H: *Avec in vitro, il y a avait un choix: tu le fais une fois, tu payes pour un, si ça ne marche pas, t’en fais un autre et c’est le même coût chaque fois. Ou sinon, tu payes pour deux, et le troisième essai est gratuit!... c’est ridicule!*

F: *Sauf que si tu fais une fausse-couche au 2ième essai par exemple, eux ils considèrent que ça a marché. Fait que admettons que tu fais une fausse-couche à 12 semaines, tu n’as pas ton 3ième essai gratuit !*

H: *C’est complètement ridicule, ah! (exaspération)*

F: *Fait que, finalement, nous on s’est dit : “Non, tout d’un coup que ça fonctionne du premier coup, on ne paiera pas le double”.*

H: *Pourquoi ce n’est pas plus cher pour le premier essai, moins cher pour le deuxième et même moins cher pour le troisième. Pour la compassion là...*

F: *C’est ça. On a trouvé qu’il n’y avait pas beaucoup de compassion, pas beaucoup de...*

H: *C’est plus une business!*

F: *C’EST une business! (insistance) » (Robin et Marie-Claire)*

Par ailleurs, d’autres couples, tout en acceptant l’incontournable dimension commerciale, c’est-à-dire le fait de devoir payer pour des services médicaux d’aide à la procréation, critiquent tout de même les conséquences qui en découlent et qui dépassent largement la monétarisation du processus comme tel. Puisque chacune des démarches entreprises en milieu privé est monnayable, on devine que les médecins spécialistes souhaitent donner le plus de traitements possible et que cet esprit d’entreprise affecte invariablement la qualité du temps passé avec les couples. Or, ceux-ci, à ce moment précis de leur trajectoire, se trouvent dans une position de fragilité et s’attendent à voir leurs problèmes d’infertilité traités avec compassion et sensibilité, ce qui est souvent bien loin des préoccupations premières des médecins spécialistes :

*Moi je vais être sincère, j’ai été énormément déçu, vraiment. Procréa, moi je trouve que c’est une machine à argent. Ça n’a pas de bon sens. Ils ne s’occupent pas de nous autres. Ils ne s’occupaient pas de nous autres. Tu fais tes affaires, tu es un nombre, et ça finit là. On était tous comme des numéros...*

(...)

H: *On se sent comme des objets là-bas. Ça n’a pas de bon sens; tu es assis sur une chaise et ça ne prend même pas 15 minutes, il te dit : “ça a marché” ou “ça n’a pas marché” (les résultats de la FIV sont dévoilés sur place suite à une prise de sang qui a lieu deux semaines après l’implantation des embryons). Ils te laissent là et tu t’en vas de même... c’est une claque sur la gueule pareil (Patrice).*

*C’est parce que moi, le médecin avec qui on a fait affaire, docteur Verdier de Procréa, il était un peu fendant et je trouvais ça commercial, son approche. Ça m’énervait. C’est peut-être pour cela que nous l’avons fait juste une fois (une seule IAC). Parce que je connais d’autres gens qui sont allés plus vers le public, ils sont allés au CHUL et il me semble que ça s’avère des expériences un peu plus intéressantes que le privé. Lui, il n’était pas chaleureux, il*

*ne jasant pas avec toi ... c'était médical son affaire, c'était laboratoire pas mal son affaire (Odile).*

*H: Honnêtement, le feeling qu'on avait, c'est que... on a été bien accueillis en arrivant. Après ça, on avait des rendez-vous pour les inséminations (la femme a fait deux IAD); tu vas là, on ferme le rideau, le médecin passe : " merci madame, bonsoir".*

*F: Si j'avais des questions, on me répondait à peine, comme si je dérangeais. C'était très particulier, j'ai été très surprise de Procréa. J'ai eu à téléphoner quelques fois pour avoir des précisions ou pour des questions, et ils me répondaient tellement sec.*

*H: On arrivait là pour un rendez-vous et le premier mot qui était dit, c'était "avez-vous votre carte de crédit?" C'était vraiment une opération commerciale; pas de : "Bonjour, vous sentez-vous bien aujourd'hui?", juste cette question-là, t'aurais au moins eu l'impression que...*

*F: Moi ça, ça ne me dérange pas; c'est plus le côté que quand t'as des questions, ils pourraient au moins prendre le temps de te répondre comme du monde (Robert et Martine).*

Enfin, plusieurs facteurs interviennent dans les relations entre les couples et les médecins; certes, les critiques les plus virulentes concernent les cliniques privées, mais il demeure difficile de dresser une distinction claire entre les deux milieux, d'autant plus que l'argent investi en clinique privée contribue sans doute à aiguïser le sens critique des participants. La question "services publics-services privés" demeure complexe et les positions exprimées par les participants sont loin d'être uniformes. De plus, certains couples dont le suivi et les traitements ont eu lieu strictement en milieu public regrettent de ne pas être allés en clinique privée jugée plus à l'affût des derniers développements techniques dans le domaine de la médecine reproductive, alors que d'autres ayant été suivis et traités en milieu privé se demandent si les mêmes démarches en milieu public n'auraient pas été suffisantes (exemple : les IAC se font autant au privé qu'au public, mais certains décident quand même de les faire en cliniques privées). À travers cela, il y a aussi une partie des couples rencontrés qui ne font pas de distinction critique entre le privé et le public ou qui n'ont visiblement rien à redire sur leur expérience en milieu médical. C'est le cas de Geneviève et Georges qui ont eu recours à une clinique privée pour leurs deux IAC :

*Q: Finalement, votre expérience en clinique d'infertilité n'a pas abouti, mais tu ne dirais pas qu'elle a été négative...*

*F: non, pas du tout, non, non. Je recommanderais à n'importe qui d'aller à ce centre-là (Procréa). Les gens étaient très courtois, très... ils faisaient attention à nous, à la confidentialité et tout était correct. (Georges et Geneviève)*



#### 4.3.2-d) La prévalence de la logique “proposition-décision”

Une certaine ambivalence est perceptible lorsque est abordée la question de l’arrêt des traitements et la réaction du corps médical lorsque les couples en ont fait l’annonce. Là encore, la logique “proposition” versus “décision” semble prévaloir, puisque la plupart des couples rencontrés disent ne pas avoir subi de pression directe de la part des intervenants médicaux pour poursuivre les traitements, mais avoir plutôt ressenti un respect de leur décision. Et contrairement à ce que l’on pourrait croire d’un premier abord, cette tendance ne s’applique pas strictement au domaine public, mais aussi à celui du privé; malgré l’aspect commercial des traitements suivis en clinique privée, les médecins praticiens ne sont pas plus ou moins enclins (qu’au public) à pousser les couples vers la poursuite des traitements ou vers l’essai de nouvelles méthodes :

*Le docteur nous a jamais forcés (le couple a fait deux FIV). Il a tout le temps dit ‘‘Êtes-vous sûrs? Prenez votre temps... Si vous n’êtes pas sûrs...’’ Mais il disait : ‘‘Oui, vous avez des chances, je regarde votre dossier, oui, vous avez des chances’’. Mais là, ça n’a pas marché; ‘‘on ne le sait pas pourquoi ça n’a pas marché’’. Mais il était correct; il ne nous a jamais poussés ou fait à croire des affaires. Il a tout le temps été correct. (Catherine)*

*F : Eux autres (médecins et infirmières), ils voyaient à tous les mois, on avait une déception à chaque fois. Un moment donné, c’est dur pour le moral et ils voyaient qu’on commençait à être pas mal découragés.*

*H : Nous autres, on n’était pas dans une clinique privée. Peut-être que ça aurait été différent. Je pense que le gang de l’hôpital s’est bien comporté avec nous. Quand on leur a dit qu’on arrêtais, ils nous ont dit : ‘‘c’est correct et l’on vous souhaite bonne chance’’. Ils n’ont pas essayé de nous... Même que le médecin m’avait quasiment dit : ‘‘c’est sain ce que vous faites’’ » (France et Dominic).*

*Pascal l’a appelé (le médecin) la semaine d’après pour lui dire qu’on avait besoin qu’il nous remplisse un dossier médical parce qu’on était en démarche d’adoption, et il a comme fait: ‘‘Ah!, ça n’a pas marché!’’; c’était lui notre médecin et il n’était même pas au courant. Fait que non, il n’a pas fait de pression pour qu’on continue. (Félicia)*

Une fois de plus, les propos des participants illustrent l’ampleur de l’autonomie et de la responsabilité qui leur sont cédées dans les processus décisionnels sous-jacents à la procréation médicalement assistée. Certes, cette situation a le mérite de définir les couples comme les acteurs principaux de leurs propres trajectoires, mais elle entraîne aussi une distanciation des acteurs secondaires vis-à-vis des conséquences émotives et symboliques liées à l’infertilité et à l’échec des traitements.

Il semble donc légitime de se demander si l’essence même de la relation “médecin-patient” n’a pas subi une transformation profonde avec la multiplication des nouvelles techniques

reproductives et plus encore avec l'arrivée en force des cliniques privées qui elles privilégient une relation "vendeur-client"; en effet, ce type de relation concorde tout à fait avec la logique "proposition-décision" décrite plus haut. Les médecins spécialistes (vendeurs) offrent des services à la carte et les patients (devenus clients) doivent choisir ce qui leur convient le mieux en fonction du diagnostic établi par les médecins et en fonction de leurs ressources financières et de leurs capacités en termes physiques et émotifs. Cette façon de procéder convient aux couples qui arrivent assez bien à fixer les limites des démarches qu'ils sont prêts à entreprendre. Par contre, pour les couples plus indécis ou pour ceux qui arrivent plus difficilement à s'entendre sur les démarches à entreprendre ou à ne pas entreprendre, la situation se complexifie et le sentiment d'être bousculés devient alors plus visible et plus difficile également à gérer :

H: *Eux autres (médecins), c'est : Oui, oui, oui! "On va essayer des hormones, on va essayer cela, on va essayer cela..."*

Q: *Finalement, c'est vraiment le couple en tant que tel qui décide d'arrêter parce que...*

H: *Oui, oui, oui! Parce que nous avons essayé plusieurs affaires, on s'est acharnés et suite à ça, l'infirmière nous a dit que nous devrions faire une pause et envisager une autre option. Mais ça aurait pu se faire plus vite.* (Paul et Jeanne)

F: *Ils voulaient savoir si nous étions prêts à continuer : "Parce que si vous n'êtes pas prêts à continuer avec nous..." Eux autres ils forcent aussi. Pour qu'on continue, ils ont avantage à nous faire rencontrer quelqu'un (psychologue de la clinique)*

Q: *En espérant que vous continuiez?*

F: *Oui, c'est sûr parce que c'est privé. Nous on s'est rendu compte que... nous avons discuté, nous avons fait une rencontre psychologique et nous avons bien vu que moi, rendue là, ça ne m'intéressait vraiment pas. Je lui ai dit: "regarde, je ne suis pas une vache!" Je lui ai dit ça dans le bureau de la psychologue.* (Odile)

La culture de persévérance et l'acharnement médical existent bel et bien dans les cliniques de fertilité, mais cette existence repose davantage sur une culture du progrès et une foi quasi inébranlable en la médecine que sur les actions concrètes ou les propos tenus par les médecins. Ces derniers, malgré un manque de compassion et de compréhension relevé par plusieurs participants, ne portent pratiquement jamais le fardeau de l'acharnement médical, lequel est la plupart du temps, lorsqu'il est mentionné, relégué dans l'espace plus général de la médecine reproductive. Il semble donc que les points de friction entre les médecins et les couples rencontrant des problèmes d'infertilité portent moins sur les procédés médicaux et les services offerts que sur l'approche commerciale des cliniques privées et, plus généralement, sur le manque de sensibilité des médecins.

### 4.3.3 Médecine reproductive et adoption

Comme la transition entre le milieu clinique et l'adoption constitue le point de pivot de ce projet de recherche, il m'a semblé intéressant de voir si l'adoption pénétrait le champ de la PMA et si oui, de quelle manière? Dans quel contexte? Par le biais de quels acteurs?; le but de cette démarche étant de comprendre si, d'un point de vue médical, la PMA et l'adoption sont abordées sous un angle commun ou si elles demeurent deux champs complètement distincts<sup>26</sup>.

Dans notre recherche, dans près de la moitié des cas (n=11), l'adoption n'a jamais été soulevée par le corps médical : dans certains cas, c'est peut-être la période très courte passée en clinique qui explique le fait que cette option n'ait pas été soulevée ou proposée aux couples (comme c'est le cas par exemple des femmes qui ont choisi d'arrêter les traitements dès l'étape de la thérapie hormonale en raison des effets secondaires jugés trop lourds). Dans d'autres cas, on suppose que les médecins, en raison de leur profession et en vertu du regard qu'ils posent sur la reproduction humaine, se sentent peu interpellés par cette possibilité qui, d'un point de vue professionnel, touche à un tout autre domaine que la médecine. À cet égard, quelques couples considèrent que l'adoption ne fait tout simplement pas partie des préoccupations des médecins et de la médecine reproductive dans son ensemble :

Q: Eux autres, les médecins, est-ce qu'ils vous en parlent de la possibilité d'adopter?

H: *Non*.

F: *Non jamais*.

H: *Parce que eux autres, ce n'est pas leur job. Eux autres, c'est la médecine; ils veulent t'aider, que tu tombes enceinte, que t'ais un enfant naturel (Paul et Jeanne).*

Q : L'idée de l'adoption, c'est vous qui l'avez eue ou le milieu médical vous en a parlé?

H: *le milieu médical ne nous en a jamais parlé.*

F: *non, nous on l'avait l'idée. En milieu médical, c'était vraiment : l'insémination, la fécondation in vitro, après.... Tu pars à la base avec la stimulation et tu y vas avec différentes méthodes, après ça tu vas en insémination, in vitro, et l'adoption. Ça tu le sais que c'est le cheminement. Mais eux autres, jamais ils nous ont dit : 'peut-être penser à l'adoption'' (Marc-André et Edith).*

Q: Est-ce qu'à la clinique, quand vous alliez en clinique, est-ce qu'ils en ont parlé de l'adoption?

H: *Non*.

---

<sup>26</sup> À ce titre, Melhuus (2009) mentionne qu'en Norvège, et ce depuis 2003, la loi prévoit que les couples qui suivent un traitement en clinique de fertilité ne soient pas uniquement informés des aspects légaux et médicaux des traitements, mais également des possibilités d'adoption (Melhuus 2009 : 44-45). Une telle réglementation n'est pas en vigueur au Québec et rien n'oblige les cliniciens à aborder la question de l'adoption avec leurs patients.

F: *C'est seulement les traitements.*

H: *Eux autres, c'est privé et ils veulent faire de l'argent* (Pier-Louis et Cassandra).

Par contre, dans plusieurs autres cas (n=12), l'adoption a été abordée par le corps médical (soit par les médecins, soit par les infirmières) et était considérée comme une alternative possible au désir d'enfant du couple. Davantage présentée sous forme de possibilité que sous forme de solution, il reste que le fait d'en soulever l'existence s'inscrit tout à fait logiquement dans l'attitude générale des médecins décrite plus haut qui consiste principalement à faire connaître aux couples les différentes possibilités qui s'offrent à eux. La différence notable, dans ce cas-ci, est que la possibilité évoquée, l'adoption, dépasse le cadre médical :

Q: Dans toutes les démarches médicales que vous avez faites, est-ce qu'il y a un moment où l'adoption est abordée par...

H: *... le médecin? Oui. Au départ, quand il a fait le constat médical, il nous a parlé des options qui s'offraient à nous et il a mentionné l'adoption.*

F: *À ce moment-là, on n'était pas rendus là.*

H: *Non c'est ça... mais ça a été soulevé pendant la discussion.* (France et Dominic)

Q: Et avez-vous senti une ouverture par rapport à l'adoption dans le milieu médical? Est-ce que c'est eux qui vous ont parlé de ça un peu à partir du moment qu'ils ont vu que ça ne marchait pas naturellement?

F: *Oui, quand on a fait les traitements en insémination artificielle, il y a un médecin du CHUL qui était... qui m'a dit, c'était bin drôle, il m'a dit "Tu sais Sylviane,...", tout est en pourcentage dans ces cliniques-là, "si tu adoptes, tu as 100% des chances d'avoir un enfant". Et il nous donnait des exemples de couples qu'il avait suivis lui-même et qui en étaient venus à cette décision-là. Fait que c'est sûr que moi, comme je l'avais déjà dans tête (l'idée d'adopter), ça l'a comme mis un peu plus d'emphase suite à ce commentaire-là. Je me suis dit : "il a bien raison, l'adoption c'est rare que ça ne marche pas". Fait que dans le milieu médical, oui, il y a eu ce médecin-là.* (Sylviane)

Q: Avez-vous senti une pression de la part du milieu médical pour aller plus loin?

F: *non, pas du tout. Non, moi je sentais qu'on nous offrait des possibilités. Ils ont été bien clairs avec nous: "au stade où vous êtes, vous avez trois possibilités; tu commences par l'insémination artificielle, la fécondation in vitro, et il y a aussi l'adoption...".* (Geneviève)

Dans un cas particulièrement intéressant où la femme a été suivie par son gynécologue personnel pendant plusieurs années avant d'être suivie par un spécialiste en clinique privée, l'adoption a été soulevée par le gynécologue, mais pas par le médecin spécialiste de la clinique:

Q: Alors, quand ça ne marche pas, ils (médecins) vous proposent l'adoption?

F: *Non!*

Q: Ce n'est pas un thème qui est abordé?

F: *Non, du tout, du tout, du tout! Eux autres, c'est une clinique de fertilité et pas d'adoption!*

Q: Alors, l'idée de l'adoption, il fallait vraiment que ça vienne de votre couple?

*F: Oui! Honnêtement, oui. Moi, la seule personne qui m'en a parlé, c'est mon gynécologue personnel en fait. C'est mon gynécologue depuis tout le temps, depuis que j'ai environ 14 ans alors, je le connais vraiment très très bien, docteur Maltais. Il m'a dit: "Écoute Laurence, je ne peux plus rien faire pour toi, je t'ai coachée, on a fait longtemps du thermomètre ensemble et tout ça, tu as des ovulations, mais ça ne fonctionne pas. Je t'ai donné des hormones et ça ne fonctionne toujours pas. Écoute, si tu veux essayer quelque chose, tu t'en vas en insémination artificielle ou tu auras l'adoption aussi". Lui, il m'avait dit ça. (Laurence)*

La femme pose une distinction très nette entre son médecin personnel (gynécologue) et le médecin spécialiste de la clinique de fertilité, une distinction qui vient accentuer le statut distinct des cliniques privées, mais aussi éloigner l'adoption de la sphère du milieu clinique sans pour autant l'éliminer complètement du contexte médical, puisque celui qui a soulevé l'adoption demeure tout de même un médecin. Ainsi, les différents membres du corps médical ne jouent pas tous les mêmes rôles vis-à-vis des couples. Par exemple, la proximité entre les couples et les infirmières est souvent négligée dans les écrits; en effet, les auteurs insistent beaucoup plus sur les cliniciens et le rôle des infirmières est très peu abordé. Pourtant, dans bien des cas, se sont elles qui exercent une influence directe sur l'expérience des couples infertiles en milieu clinique. Plusieurs participants ont mentionné que les infirmières, non seulement consacraient plus de temps que les médecins à répondre à leurs questionnements, mais qu'elles étaient aussi souvent plus empathiques à leurs problèmes, ce qui explique que dans quelques cas, ce sont elles qui ont abordé le sujet de l'adoption:

*H: Moi, je les (médecins et infirmières) ai trouvés ben corrects là-dedans. Entre autres les infirmières, on était rendus qu'on s'appelait par nos petits noms, on se voyait à tous les mois. Et il y en a une qui nous avait donné le dépliant "Enfant du Monde". Des fois, dans un hôpital, on peut penser qu'ils vont pousser vers d'autres cliniques... Eux autres, ils nous disaient: "regardez, l'adoption, ça en est une alternative" (Jérôme et Annie)*

*Après un certain temps, c'est l'infirmière qui a dit: "Là, vous devriez commencer à penser à l'adoption". Ce n'est pas vraiment les médecins, mais c'est souvent les gardes et les infirmières. Eux autres, ils nous voient cheminer là-dedans. Ils se rendent compte qu'on feel moins bien. Il y a des photos sur les babillards et ils nous disent: "Regardez, ça c'est des jeunes adoptés, pensez-y". Le cheminement a commencé à se faire un peu comme ça. (Alain)*

Q: Et à ce moment-là, quand vous avez décidé d'arrêter les traitements, est-ce que le milieu médical vous a parlé un petit peu de l'adoption en voyant que ça ne marchait pas après autant de fois (14 IAC au total)?

*F: Non, c'est un hasard. Quand le gynécologue a dit: "on est rendus à l'étape d'in vitro" et que j'ai dit: "non, j'aime mieux adopter". Et là l'infirmière qui était là avait adopté, alors elle a dit: "bin moi j'ai adopté". On se regardait en riant, on ne savait pas trop s'ils riaient de nous autres ou quoi, elle dit: "oui oui, j'ai adopté en Chine et au Viet Nam". Des fois, il y a des drôles de hasards... (Véronique)*

Finalement, dans presque la moitié des cas, l'adoption a été soulevée en contexte médical, soit par les médecins eux-mêmes (n=5) ou encore par les infirmières (n=7), ce qui laisse croire que la trajectoire "infertilité-PMA-adoption" est relativement bien ancrée non seulement dans les représentations des acteurs sociaux, mais également dans les institutions sociales qui prennent en charge les couples infertiles. Une observation d'autant plus fondée que la proposition en soi (l'adoption) n'est pas une alternative médicale. Les propositions relatives à l'adoption en milieu médical, (même si elles ne concernent pas tous les couples), montrent tout de même que le corps médical ne pousse pas automatiquement les couples vers l'essai de nouvelles techniques.

#### 4.3.4 Arrêt des traitements

Le moment où les couples prennent la décision de mettre un terme à leur suivi médical constitue un point tournant dans leur trajectoire personnelle et conjugale : pour certains couples, ce point tournant signifie la fin d'un rêve, celui d'avoir un enfant biologique, alors que pour d'autres, cette étape est davantage entrevue comme un nouveau pas vers l'adoption. Sur le plan social, cette décision met aussi en lumière certaines représentations et valeurs collectives relatives à la reproduction et l'enfantement.

Si l'entrée dans le monde de la médecine reproductive va de soi et se trouve bien peu remise en question (il est considéré normal de consulter un médecin en cas de problèmes d'infertilité et d'entreprendre un minimum de démarches médicales), il en est tout autrement de la sortie qui elle, comme on l'a vu précédemment, est laissée totalement à la discrétion des couples :

H : *Ça faisait partie du processus (la PMA) et fallait passer par là. Des fois, elle disait : "est-ce qu'on arrête?" Je disais : "non". Je n'étais pas prêt.*

F : *Parce que moi j'aurais arrêté ben avant lui. C'était de l'acharnement, là... C'était rendu que...*

H : *On s'était donné quelque mois encore. Six mois pour continuer. J'ai eu six mois pour me préparer à dire qu'on arrête ça. (Jérôme et Annie)*

Les propos de Jérôme et Annie, qui ont fait plus d'une dizaine de IAC, montrent non seulement le désaccord qui peut exister dans le couple à l'égard du moment choisi pour cesser les traitements, mais ils montrent aussi comment cette décision s'inscrit dans un processus d'acceptation qui n'a pas nécessairement la même durée pour les deux membres du couple. De plus, les techniques

proposées par la médecine reproductive peuvent convenir à l'un, mais pas à l'autre, comme l'IAD par exemple : dans le cas de France et Dominic, comme les deux présentaient des problèmes d'infertilité, l'IAD aurait pu être une technique envisagée, ou du moins essayée, pour le traitement de leur infertilité :

F: *L'accouchement, je ne le vivrai jamais, mais lui, il ne l'aurait jamais vécu de toute façon. C'est sûr que les femmes ont un deuil à faire qui est différent.*

H: *... qui se fait différemment.*

F: *Oui, parce que moi j'aurais été prête à me faire inséminer par quelqu'un d'autre (insémination avec donneur) mais lui (son conjoint), ne voulait pas!*

H: *Oui mais ça, c'est une autre affaire!*

F: *C'est un autre deuil. Lui, en ne voulant pas, il fallait que je fasse aussi le deuil de la bedaine.*

H: *J'ai passé tout droit et c'est ça qui est ça! J'ai passé plus rapidement. C'est certain que je ne vis pas l'élément physique. De toute façon, je pense que pour une femme... ce n'est peut-être pas vrai ce que je dis, mais je pense que c'est quelque chose qui est déjà plus difficile dès le départ pour une femme... de faire ce deuil-là. Ça revient peut-être à la question... pour l'insémination via une banque...*

F: *Moi, ça ne m'aurait pas dérangée.*

H: *J'en serais peut-être arriver là, mais je n'étais pas prêt à ce moment-là.*

F: *Tu te dis que c'est un spermatozoïde et tu ne sais pas d'où il vient ! (intonation dans le sens de "on ne se casse pas la tête, de toute façon, on ne sait pas d'où il vient") Tu te dis que quelque part, c'est la même chose quand une femme a un conjoint, qu'ils ont un enfant et que le conjoint disparaît dans la nature. C'est la même situation... (H coupe F)*

H: *Il y en a en masse des couples que l'enfant vient de un des deux seulement. Il les aime comme ses enfants. Je n'en étais tout simplement pas là à ce moment-là et nous avons bifurqué sur un autre projet (Dominic et France)*

Par la suite, les raisons qui mènent à l'arrêt des traitements touchent à différentes facettes d'un même phénomène; l'épuisement des ressources et des capacités. Qu'il s'agisse de ressources financières, de capacités émotives ou de capacités physiques, tous les couples en sont arrivés à un certain moment à une forme quelconque d'épuisement. Dans plusieurs cas, les types d'épuisement se sont entrecoupés et l'un ou les deux membres du couple ont décidé qu'ils n'iraient pas plus loin dans leurs démarches médicales.

#### **4.3.4-a) Le surinvestissement du corps**

Pour certaines femmes, ce sont d'abord les conséquences physiques de la thérapie hormonale qui se sont avérées trop lourdes à supporter : « *Alors après un certain temps, j'ai dit à Charles : "moi, je ne suis plus capable, mon corps, il en a assez. J'ai mal, je ne vais pas bien dans mon corps. Payer ce prix-là pour être mal, non! Moi je suis tannée"* » (Suzanne). Si d'un strict point

de vue médical, l'investigation répétitive du corps de la femme semble aller de soi, il est vécu tout autrement par certaines femmes qui deviennent littéralement épuisées devant la nécessité de se soumettre continuellement à des examens et à des interventions médicales. Une exaspération qui d'ailleurs s'accroît lorsque la médecine reproductive demeure incapable de déterminer la ou les cause(s) d'infertilité du couple :

*Moi il y avait le fait que je commençais à être tannée d'être un cobaye. On me jouait beaucoup dans le corps, continuellement, fait que je commençais vraiment à ne plus être capable de... d'aller voir le médecin et de me faire faire mes examens gynécologiques, je n'étais plus capable là. J'avais besoin, je pense, de prendre un peu de repos du corps (Josée).*

*Tout ça pour dire qu'un moment donné, à partir de 28 ans, j'ai décidé de décrocher parce que j'étais tannée d'être le centre de quelque chose qui ne fonctionnait pas alors qu'ils ne m'avaient rien trouvé! J'ai arrêté de prendre mes ovulants et j'ai dit: "Ne me touchez plus! Je ne veux plus rien savoir! Ne m'approchez plus!" J'étais tannée! (Danielle)*

L'épuisement physique lié aux interventions médicales touche encore plus directement les femmes dont la thérapie hormonale a mené à des complications. En effet, la stimulation ovarienne, au-delà des symptômes physiques et psychologiques qu'elle engendre (maux de tête, nausées, maux de ventre, irrégularités des humeurs, etc.) comporte aussi d'autres risques plus importants, dont celui de développer des kystes ovariens qui peuvent éclater lorsqu'ils ne sont pas décelés à l'intérieur d'un court délai :

*On a essayé une fois l'insémination mais c'est... là, j'avais peut-être 35 ans. Mais ça n'a pas marché et j'ai fait une complication. C'est parce que les médicaments occasionnent souvent des kystes ovariens, sur les ovaires. J'ai eu un kyste ovarien qui a éclaté. Je me suis ramassée à l'urgence. Déjà nous avons trouvé ça très difficile d'aller en laboratoire pour l'insémination, ... wash! Et avec le médecin, ça n'allait pas vraiment. En tout cas, nous l'avons fait une fois (IAC) et après ça, on s'est dit que c'était assez (Odile).*

F : *Le médecin disait que j'aurais été un beau cas de in vitro, mais...*

Q: Et c'est quoi qui fait que vous ne vous êtes pas rendus en in vitro?

H: *La stimulation.*

F: *Après la première stimulation ovarienne (lors de la première IAC), j'ai réagi: j'ai fait un kyste. Ils ont été obligés de m'opérer. J'ai eu trois opérations en deux ans et demi par rapport à ça. À un moment donné, on s'est dit "qu'est-ce qu'on fait?" On n'est pas pour stimuler, opérer, stimuler, opérer... on embarque dans un cercle vicieux. Et pour in vitro, ils stimulent encore plus (la FIV implique automatiquement la stimulation ovarienne). Il (médecin) disait : "ce n'est pas grave, parce que quand on fera in vitro, on fera une petite chirurgie et l'on enlèvera les kystes s'il y en a". Mais à un moment donné, tu te dis : "je ne peux pas me faire opérer à toutes les fois!". Et c'est quand même aussi beaucoup de sous. Et le taux de réussite était de...*

H: *20% quand t'as deux trompes, deux ovaires. Fait que tu te mets à faire des chiffres; "avec un tiers de l'équipement (La femme avait subi à l'adolescence l'ablation d'une trompe*



et d'un ovaire), *on tombe dans le 6, 7 %...*'. *T'extrapoles un peu, tu te dis "on tombe dans le 6, 7 %" C'est 15 000\$ ...* (Edith et Marc-André).

Dans les cas étudiés, les femmes qui ont choisi d'interrompre les traitements en raison des conséquences physiques jugées trop lourdes ont toutes bénéficié du support de leur conjoint. S'il est vrai qu'il s'agit ici de couples qui ont traversé ensemble leur infertilité, qui ont par la suite choisi d'entamer des procédures d'adoption et qui sont encore ensemble à ce jour (mis à part le cas d'Alain, séparé et père de deux petites filles d'origine chinoise), il n'en demeure pas moins que la lourdeur liée aux conséquences physiques des traitements interpellait directement les hommes puisque ceux-ci étaient très peu enclins à insister auprès de leur conjointe pour qu'elle poursuive les traitements. Ainsi, l'idée souvent évoquée selon laquelle les femmes subiraient la pression du milieu médical et de leur conjoint pour persévérer dans les traitements n'est pas vérifiable à partir de mon matériel. Par contre, cette situation doit faire l'objet d'une réflexion plus profonde puisqu'elle constitue un enjeu majeur (demeuré pourtant complètement absent des débats) du nouveau programme provincial de financement de la PMA. En effet, est-il possible que les hommes, antérieurement préoccupés (à l'instar des femmes) par les frais exorbitants liés à la procréation médicalement assistée et particulièrement à la FIV, acceptaient plus facilement la décision des femmes de se retirer des traitements? En dépit de la persistance des effets et des symptômes physiques de la FIV sur le corps des femmes, la possibilité pour les couples d'avoir accès à trois FIV gratuites risque certainement d'imposer une pression supplémentaire sur les femmes qui arriveront peut-être plus difficilement à refuser des traitements gratuits, pourtant demeurés tout aussi envahissants sur le plan physiologique et émotif. Les coûts très élevés de la FIV (en vigueur tout au long de cette recherche) constituaient un frein pour les couples infertiles qui, dans bien des cas (nous le verrons au point 4.3.5.c), en arrivaient à la conclusion qu'il était préférable et aussi plus rentable d'investir dans un projet d'adoption que dans une fécondation in vitro.

#### **4.3.4-b) Nature forcée, résultats incertains**

Pour quelques couples, les technologies reproductives proposées par la médecine s'inscrivent d'emblée dans un espace "non-naturel". Les NTR (et là encore, c'est la FIV qui est la plus souvent mentionnée), en poussant la nature aux confins de ses limites, placent ainsi la

procréation assistée dans une zone “à risques”, ce qui a pour effet d'éloigner certains couples des nouvelles méthodes proposées.

Finalement, les couples sont plus enclins à refuser de poursuivre les démarches médicales s'ils considèrent que ces dernières vont au-delà des limites de ce qui est acceptable en termes d'intervention sur la nature. Ainsi, dans plusieurs cas, les couples vont accepter de “forcer” ou “d'aider” la nature, mais vont simultanément établir des limites à ne pas dépasser. La nature apparaît alors, dans le processus médical, comme une composante dynamique qui peut être poussée et aidée, mais qui conserve tout de même une sorte de veto :

*Nous autres, on a fini par se dire : ‘la nature n'a pas voulu, elle ne veut pas; on n'ira pas contre...’. On a essayé de la pousser, de la forcer, et ça n'a pas marché (elle fait référence aux deux IAC qui se sont soldées en échecs). Nous on le voyait comme ça. Ceux qui vont plus loin ont le droit. J'ai rien contre ça, mais moi, pour moi personnellement, faire in vitro, c'était aller trop loin. C'était comme aller contre les forces de la nature et je ne voulais pas ça. C'était comme si la vie m'envoyait un message, elle me disait : ‘non’.* (Geneviève)

H : *À l'époque, elle avait encore son utérus et le médecin a dit: ‘La prochaine étape, c'est la fécondation in vitro’. Moi, j'ai dit: ‘non! On a déjà assez aidé la nature’ parce qu'elle s'était déjà faite opérer trois fois.*

F : *J'avais de l'endométriose, j'avais des gros problèmes alors...*

H : *Alors, un moment donné, on s'est dit que nous avons assez aidé la nature. Si tu retournes ensuite à la fécondation in vitro, c'est encore beaucoup d'investissement émotif aussi. Ça coûte une fortune et les chances qu'elle tombe enceinte étaient très très basses encore une fois* (Kevin et Juliette).

Les points de vue émis par les participants démontrent l'existence d'une certaine résistance ou du moins d'un certain scepticisme vis-à-vis des techniques reproductives, une attitude très peu mentionnée par le milieu intellectuel, plus enclin à penser que le processus de normalisation et de banalisation des NTR est total et uniforme, ce qui n'est pas nécessairement le cas. S'il est vrai que le recours à la médecine pour trouver les causes et investiguer l'infertilité vécue dans le couple est effectivement normalisé, il serait par contre fallacieux d'en conclure que toutes les techniques qui en découlent le sont elles aussi :

H : *On avait nos limites; on allait là-dedans (PMA), mais il n'était pas question d'aller jusqu'à in vitro.*

Q : *Pour quelles raisons?*

F : *Pour moi, c'était de forcer la nature. Quand tu forces la nature, faut que tu vives avec les conséquences que ça peut amener. Quand tu forces trop quelque chose, oui tu peux avoir un enfant... mais il peut avoir des maladies, il peut y avoir des chances que ça ne fonctionne pas bien. Bon, il y a un prix à payer pour ça. On n'était pas prêts à aller jusque-là.*

H: *Et il y avait aussi l'incertitude que ça ne marche pas. Et ce n'est pas juste une question économique, c'était aussi une question émotive. Quelque part, quand on était dans le processus, à chaque mois, ça devenait plus démoralisant que motivant* (Jérôme et Annie).

À plusieurs égards, cette façon d'entrevoir les technologies reproductives témoigne aussi de la persistance d'une conception naturelle de la reproduction, conception selon laquelle on peut difficilement remettre la procréation entre les mains de l'intervention humaine et de la technique médicale sans que cela n'entraîne certains risques.

#### 4.3.4-c) Trop d'investissements, pas assez de chances de réussite

L'ensemble de l'espace techno-reproductif est construit sur des statistiques, sur des probabilités et, jusqu'à tout récemment, sur une carte de prix établie en fonction des services réclamés : par conséquent, il oblige les couples à se questionner et à mettre en dialogue les différentes dimensions impliquées dans leurs choix. Au même titre que les médecins, qui eux les utilisent pour illustrer les chances de réussite des diverses techniques, les couples, à leur tour, utilisent les statistiques et transitent par le champ du calcul pour prendre des décisions et pour les justifier:

Q: Qu'est-ce qui fait que vous avez décidé de tout arrêter?

H: *Parce que c'était devenu trop dur moralement. On se détruisait mutuellement et en même temps, tu viens que tu fais de l'anxiété. Tu veux, tu veux, tu veux... tu te questionnes: "pourquoi ça ne marche pas?"*

Q: Vous êtes-vous rendus jusqu'à in vitro?

H: *Non! Non, parce que les médecins nous disaient qu'on n'avait pas plus de chances. Tu avais une chance sur quatre, comme pour les inséminations. C'est vraiment l'option... in vitro, c'est le dernier recours, et tu as quand même juste une chance sur quatre. Malgré toute la volonté d'avoir un enfant, notre jugement nous disait: une chance sur quatre pour 5000\$, je ne sais plus comment ça coûte, mais c'est à peu près ça pour un seul essai. C'était une question de budget et de logique.* (Alain)

H: *Nous avons fait les premières démarches d'insémination...*

F: *... et ça n'a pas marché.*

H: *Après ça, l'autre étape, ça passait à la FIV. Là ça... (Ton de désapprobation). Le coût financier, il n'y a rien là, car tu finis que tu n'y penses plus à ça. Mais tu te dis que c'est le coût versus la chance que ça arrive. Il y avait peu de chances. Quand les médecins te disent...*

F: *Normalement, j'aurais dû avoir des ovules mais... on a arrêté de paranoïer et nous avons baissé les armes un moment donné. Ça ne sert à rien de s'obstiner contre la nature! Ça ne marche pas. C'est un deuil à faire. Quand nous sommes sortis de la clinique après que le médecin nous ait donné tous les résultats de lui et de moi, il nous avait dit: "Madame, vous avez autant de chances de trouver une aiguille dans une botte de foin que de tomber enceinte!"*

H: *Il faut être réaliste un moment donné.* (Dominic et France).

La plupart du temps, la question financière ne justifie pas à elle seule l'arrêt des traitements, puisque les couples doivent inévitablement par la suite investir plusieurs autres milliers de dollars dans leur projet d'adoption; ainsi l'argent entrecoupe d'autres facteurs comme l'épuisement émotif et plus particulièrement les faibles chances de réussite associées à la fécondation in vitro. Les propos de Jeanne et de Paul sont particulièrement révélateurs de cet enchevêtrement des facteurs financiers et émotifs, il y a le "portefeuille" et le "mental" :

H : *Quand tu n'as pas d'enfant, et que t'en veux un à tout prix, il n'y a pas de prix. Ça, on se l'était mis dans la tête, il n'y en a pas de prix. Mais quand ils te disent : "vous avez juste 20% de chances". C'est ça qui nous a coupés, c'est juste ça.*

F: *On aurait pu continuer encore là, c'est nous autres qui a pris la décision que c'était assez, qu'on avait assez miné le couple de même, et qu'on avait assez miné le portefeuille. Et fallait aussi se refaire un mental un peu (Paul et Jeanne).*

Dans le cas de Elisabeth et Martin, où c'est l'homme qui présentait des problèmes de fertilité (varicocèles), l'épuisement physique de ce dernier (spermogramme, opération) jumelé à une réflexion sur les coûts financiers et émotifs des démarches proposées ont favorisé l'arrêt des traitements:

*Quand je suis allée avec Martin pour voir pour les dons de sperme, le médecin a dit: "Malgré votre opération qui a échoué, peut-être que vous en faites des spermatozoïdes, mais qu'ils ne sortent pas. Peut-être que vous avez un canal bouché, il faudrait refaire des examens". Mon chum, ça ne lui tentait pas, il trouvait qu'il s'était déjà assez fait jouer là. Ça ne lui tentait pas parce qu'il aurait fallu qu'ils (médecins) lui rentrent une seringue dans les testicules pour aller voir s'il en avait (des spermatozoïdes), s'ils restaient pris dans les testicules, pour peut-être aller en chercher un ou deux pour faire une fécondation in vitro après. Tu vois, ça c'est quelque chose qui ne me tentait pas, parce qu'encore là, c'est très dispendieux et c'est de l'espoir tout le temps (Laurie).*

Pour certains couples, la mise en parallèle de l'adoption et de la PMA (plus particulièrement la FIV) fait l'objet d'une réflexion, et ce parfois même en cours de traitements: les deux options sont comparées, analysées, les "pour" et les "contre" sont pesés et, dans tous les cas, l'enjeu central demeure l'accès à l'enfant. Les positions des participants s'inscrivent dans une dynamique axée sur le "désir d'enfant"; une dynamique qui place l'enfant (dans son sens le plus général) au centre des préoccupations et qui fait intervenir (simultanément dans certains cas) la PMA et l'adoption dans la recherche de solutions :

*C'est assez facile de faire le calcul parce que in vitro, c'est presque 10 000\$ de la "shot" et tu n'es même pas sûr que ça marche! Un dossier d'adoption c'est 20 000\$, mais tu es sûr d'avoir un résultat alors, ça va prendre le temps que ça prendra, mais tu es sûr d'avoir un résultat un jour. Tu vas avoir le plaisir d'être parent, c'est ce que tu souhaites le plus au monde! » (Laurence)*

*Nous autres ce qui est arrivé, c'est que juste avant la fécondation in vitro qu'on devait faire, je suis tombée enceinte, naturellement. Mais j'ai fait une fausse-couche et là, on s'est dit : "c'est le destin et on n'a pas à aller, on n'a pas à faire ça là, à se piquer et à... à faire tout ça là". C'est vraiment avec la fausse-couche que l'on a décidé de se tourner officiellement vers l'adoption. On se disait aussi que c'était 100% sûr qu'on aurait un enfant en adoptant et qu'avec la fécondation in vitro, on avait juste 30% de chances. On ne voulait pas non plus dépenser de l'argent dans le vide. Avec in vitro, ce n'était pas officiel qu'on allait avoir un enfant au bout là. Payer 8000\$ pour une fécondation in vitro... après tu peux avoir une grosse déception et ne pas avoir de bébé au bout (Cassandra).*

F : *Moi, personnellement, je n'étais pas prête à aller jusqu'à in vitro; j'aimais mieux aller vers l'adoption.*

Q: *Pourquoi?*

F: *Pour des raisons de projet... de style de projet. Si le but c'est d'avoir un enfant, pourquoi tu te martyrises? Comme je te dis, c'est ma perception et c'est sûr que ceux qui l'essaient (FIV) et que ça marche, je suis bien contente pour eux, surtout si ça a été quand même facile et que ça a fonctionné à la première injection. Mais moi, je n'étais pas prête à ça... si le taux de réussite avait été plus haut probablement que je l'aurais fait mais... 20-30%, je trouvais que ce n'était pas assez "winner" pour que je m'embarque dans ce processus-là. (Danielle)*

Les procédures médicales de chacun des couples, peu importe leur longueur et leur intensité, sont évidemment centrées sur l'espoir de voir se concrétiser une grossesse. Cet espoir sans cesse renouvelé et constamment déçu (et dont les conséquences ont été étayées dans la section 4.3.2-e) intervient à son tour dans la décision de cesser les traitements. En ce sens, les couples, à travers l'analyse qu'ils font des options qui s'offrent à eux, cherchent à éviter le renouvellement de souffrances devenues difficiles à supporter :

*Quand on était à la clinique, un moment donné, le gynécologue a dit: "là on est rendus à essayer in vitro". Je trouvais ça trop énorme... pour moi en tous cas, aller payer eh... surtout les frais; in vitro on est rendus à 10 000\$, mais à 10 000\$ devant encore l'inconnu ou la déception. Moi je ne voulais pas refaire ça. J'aimais mieux m'assurer d'adopter que d'être encore déçue, que de faire encore des démarches et d'être déçue. J'étais tannée d'être dans le médical (Véronique).*

Dans l'ensemble, la logique explicitée et mise de l'avant par la plupart des couples pour expliquer leur refus de poursuivre les traitements est sensiblement la même: les investissements financiers, physiques et émotifs qu'exigent les NTR et particulièrement la FIV sont trop lourds et trop exigeants comparativement aux résultats positifs qu'elles peuvent générer. Que les calculs soient faits en termes statistiques ou en termes logistique et émotif, la conclusion pour ces couples est que le jeu n'en vaut pas la chandelle. De plus, tous les propos des participants nous permettent d'affirmer que loin de subir "le médical", les couples l'analysent et l'utilisent au gré

de leurs besoins et de leurs capacités. Les couples apparaissent comme des unités stratégiques qui, parallèlement aux médecins, font leurs propres calculs et élaborent leurs propres stratégies vis-à-vis des NTR. Une situation observée également par Charton (2009) en regard des choix posés en matière de maternité : « *Si un parcours est porteur de valeurs contextuelles lui permettant une spontanéité propre de déroulement, il reste cependant étroitement attaché à l'acteur car c'est lui qui évalue et décide* » (2009-a : 19). Ainsi, les décisions relatives aux démarches médicales, loin d'être strictement ancrées dans l'émotivité et la perte de repères, s'inscrivent plutôt dans une démarche rationnelle et réfléchie. En ce sens, les décisions des acteurs sont fortement imprégnées d'une logique de protection, visible à différents niveaux: souci de se protéger contre de potentiels et futurs espoirs déçus, souci de protéger et d'utiliser à bon escient les ressources financières limitées du couple, souci de protéger son corps des invasions physiques sous-jacentes aux traitements, etc.

Mais le portrait dressé ci-dessus risque de changer considérablement au fil des prochaines années : avec l'entrée en vigueur toute récente du nouveau programme de financement de la PMA, il semble réaliste de croire que les couples seront plus nombreux à entreprendre les démarches de fécondation in vitro, donc à pousser plus loin leur incursion dans le domaine de la médecine reproductive. Ces nouvelles mesures, accueillies à bras ouverts par les couples infertiles, soulève quand même une série d'interrogations auxquelles ni les médecins, ni les couples ne semblent vouloir répondre : qu'elle soit remboursée, non remboursée ou partiellement remboursée, la fécondation in vitro continuera d'être aussi invasive physiquement et son taux de succès demeurera lui aussi assez faible, à moins d'une révolution scientifique à très court terme. Bref, les femmes continueront de subir la lourdeur du processus et les couples seront tout aussi propices à vivre la déception qui suit un constat d'échec. Certes, les chances pour les couples de devenir parents augmenteront et c'est pourquoi plusieurs entrevoient ce nouveau programme comme une aide précieuse aux couples infertiles. Par contre, les autorités doivent aussi prendre en compte le bien-être des femmes et des couples et leur offrir le support nécessaire, d'abord pour accepter les conséquences physiques des procédures, mais aussi pour accepter les probabilités toujours aussi grandes que la FIV ne fonctionne pas et ne donne pas les résultats souhaités.

#### 4.3.5 De l'embryon au nouveau-né: réflexion sur le statut du potentiel enfant

Toutes les démarches en procréation assistée visent la mise au monde d'un enfant. Tous les efforts déployés par les praticiens et les sacrifices assumés par les couples réfèrent à un objectif commun, celui de concrétiser et de mettre à terme une grossesse. Par contre, les différents acteurs impliqués naviguent entre des représentations multiples de ce qu'on pourrait appeler *l'enfant à venir*. Le processus médical est centré sur le potentiel enfant: il concerne une entité dont on connaît les pourtours, mais qui demeure passablement abstraite. C'est l'enfant désiré. Mais ce terme de l'enfant désiré finit en quelque sorte par s'effacer de l'usage terminologique courant (en milieu clinique) pour laisser place aux termes de *foetus* et *d'embryon*, voire à ceux de *conception* et de *procréation*. Ainsi, s'il est vrai que les interventions médicales entreprises sont motivées par un désir d'enfant, elles demeurent tout de même techniquement et concrètement centrées sur la conception et sur la grossesse de telle sorte que tout au long de ce processus, il est rarement question d'enfant. L'enfant tel qu'on se le représente généralement est évacué de l'équation. Paradoxalement, il semble aussi que la médicalisation de la grossesse et le développement des nouvelles techniques reproductives contribuent à faire du fœtus un être humain à part entière : « *Les nouvelles techniques qui permettent de visualiser le monde anténatal agissent probablement sur le conceptus aux différents stades précédant la naissance. Des bébés virtuels prennent naissance par l'échographie, on les observe, les caresse du regard et l'on se construit une image de celui ou celle qui n'est pas encore né(e)* » (Rousseau 2006 :13). Selon Strathern (1992-b), les nouvelles techniques médicales qui permettent de visionner l'être *in utero* participent au processus d'individualisation de l'embryon et du fœtus et tendent à faire de la mère « *le support sur lequel le fait naturel de la vie se développe* » (Porqueres i Gené 2009 : 22). Selon ce dernier auteur, c'est la notion d'individualisme moral qui explique les débats éthiques entourant le statut et la manipulation de l'embryon; alors que certains s'objectent à toute interventions et considèrent que « *l'individu à venir est inscrit dans la corporéité depuis la conception* », d'autres acceptent ces interventions avant un seuil limite (*primitive break*) et jugent que l'individu existe seulement « *lorsque la division cellulaire ne peut plus aboutir à plusieurs individus* » (2009 : 28).

On en arrive donc à deux tendances distinctes : d'un côté, l'enchaînement des procédures médicales en procréation assistée participe à la technicisation du processus de reproduction et met en veilleuse l'enfant désiré pour se concentrer principalement sur la réussite de la conception. À

cette étape, le potentiel enfant est davantage représenté par les substances procréatrices et les organes reproducteurs. Pourtant, une fois la conception réalisée et la grossesse mise en route, l'embryon et progressivement le fœtus, sont appréhendés dans leur individualité, c'est-à-dire comme des êtres humains distincts. Ils représentent, aux yeux des parents, davantage qu'un simple potentiel de vie ou qu'une forme d'amas cellulaires : à ce titre, les décisions que les couples doivent prendre en regard des embryons surnuméraires sont révélatrices de la charge émotionnelle qui les relie à ces entités considérées comme des vies potentielles.

Évidemment, dans le cadre de cette recherche, les points de vue et les définitions des multiples acteurs impliqués dans les procédures médicales (cliniciens, infirmières, donneurs et aussi psychologues dans certains cas) n'ont pas tous été explorés. De plus, toutes les situations possibles n'ont pas non plus été analysées (couples dont les procédures médicales ont mené à une grossesse, couples qui ont réutilisé les embryons surnuméraires). Par contre, les discours tenus par les couples qui ont eu recours à la PMA et qui ont affronté des échecs répétitifs laissent croire à un éclatement des représentations liées à l'enfant dans le milieu médical. Ces discours témoignent également d'une transformation des perceptions de l'enfant désiré : plongés dans l'univers médical, les couples eux-mêmes, tout en conservant un rapport très émotif à l'enfant désiré, intègrent une terminologie technique centrée sur le processus de reproduction. Par contre, on peut facilement penser que, contrairement aux médecins qui s'en tiennent généralement à une vision mécanique de la reproduction, l'utilisation d'une telle terminologie chez les couples ne fait pas disparaître les désirs et les rêves liés à l'enfant, lesquels persistent en toile de fond.



## Conclusion

L'analyse des expériences des couples en regard de l'infertilité et de leur incursion dans l'univers de la médecine reproductive offre un cadre pertinent à partir duquel étudier les représentations de la parenté et de la famille occidentales contemporaines, un cadre multidimensionnel qui laisse entrevoir la complexité des ramifications entre les phénomènes de reproduction, de parentalité et de conjugalité.

Les couples rencontrés dans le cadre de cette recherche avaient une quête irrépessible, celle d'avoir un enfant et de devenir parents : dans leur cas, cette quête, en raison de problèmes d'infertilité, s'est avérée plus longue et certainement plus complexe que pour la majorité des couples. Aux yeux de ces femmes et de ces hommes, la médecine reproductive et le recours aux NTR apparaissent comme une première étape, certes désagréable, mais nécessaire à leur désir de fonder une famille. Plusieurs soutiennent d'emblée qu'il va de soi pour un couple de faire appel à l'espace médical lorsqu'il rencontre des problèmes d'infertilité : le suivi médical « *suscite une adhésion incontestable. C'est qu'il véhicule un ensemble de croyances et de références symboliques qui sont cohérentes avec nos conceptions de la féminité et de la maternité et avec notre conception d'une science biomédicale qui dispose du pouvoir légitime d'intervenir dès que la dimension biologique de notre existence humaine est mise en jeu* » (Ouellette 1993 : 376) . C'est à ce point précis qu'intervient la question de la valeur du "biologique" dans la sphère de la reproduction et plus précisément, dans ce cas-ci, dans la sphère de la procréation médicalement assistée. Évidemment, la valeur accordée aux liens biologiques n'est pas absente de l'univers de la PMA et des motivations sous-jacentes à leur utilisation et c'est aussi vrai qu'à plusieurs égards, la médecine reproductive renforce l'idéal culturel de l'apparemment biologique et des liens familiaux génétiques. C'est effectivement en ce sens que la procréation médicalement assistée travaille. Mais cette explication au recours à la PMA ne doit pas être présentée comme la seule possible, ni comme celle qui domine les autres. Certes, plusieurs couples infertiles cherchent initialement, par le biais des NTR, à créer et recréer des liens biologiques et à concevoir un enfant qui leur soit bio-génétiquement relié, une démarche qui apparaît d'ailleurs "naturelle" aux yeux de ces couples.

Par contre, considérant la valeur accordée à l'électivité dans le champ des relations familiales, il semble inexact d'affirmer que la PMA marginalise les moyens alternatifs de faire famille, comme l'adoption (tel que proposé par Birenbaum-Carmeli et Inhorn 2008 : 182): pourquoi ne pas entrevoir l'adoption comme une façon de "faire famille" qui se situe dans un registre autre que celui des PMA et du lien biologique, mais un registre tout autant valorisé? La thèse selon laquelle l'expansion des nouveaux modes de reproduction traduirait la valorisation du lien biologique ou encore la biologisation de la filiation (Gavarini 2005) n'est pas fautive en soi, mais elle présente une argumentation incomplète: d'abord, elle oblitère complètement le fait que la PMA introduit aussi la valorisation d'une parenté sociale dans les cas, par exemple, de donneurs de gamètes ou de mère du substitution. Mais plus important encore, cette thèse sous-estime la force et la valeur accordées au processus de faire famille, un processus complexe à travers lequel l'enfant n'est pas toujours strictement entrevu sous l'angle du biologique, mais peut-être davantage comme un moyen de devenir parent et d'accéder à l'expérience de la parentalité :

*Mais aussi à ce stade-là (PMA), c'est plus du découragement. Tu veux un enfant et c'est devenu compliqué: probablement que si Amanda (intervenante en charge de leur dossier d'adoption) n'avait pas appelé cette semaine-là (semaine où le verdict d'échec de la FIV est tombé), je l'aurais peut-être trouvée plus dure cette semaine-là parce que c'était comme... Parce que moi ça m'importait peu le comment, comment y arriver pour avoir un enfant. Moi je voulais un petit bonhomme dans ma maison, et comment y arriver, ce n'était pas grave pour moi. Je voulais le résultat, peu importe la façon d'y arriver, en autant qu'on puisse être des parents. (Félicia)*

Ultimement, il faut aussi tenir compte du fait que plus les délais en adoption vont rallonger et plus les procédures vont se complexifier, plus les parents vont persister en PMA sans que cela ne soit motivé par le désir absolu d'un enfant biologiquement lié. Quelques mois après la réalisation de notre entretien, j'ai rencontré Elisabeth et Martin<sup>27</sup> (infertilité masculine), parents adoptifs d'un petit garçon de trois ans originaire de la Thaïlande; ils m'ont alors fait part de leur exaspération des délais qui accompagnaient leur deuxième projet d'adoption. Ils étaient particulièrement déçus de la différence d'âge qui allait séparer leurs deux enfants. Finalement, le couple, après réflexion, s'est résigné à entreprendre des démarches en IAD (insémination avec donneur de sperme), une option qui enchantait très peu Elisabeth au départ, mais à laquelle elle a décidé de se plier pour éviter tous les inconvénients liés au processus d'adoption. Dans le but d'établir une certaine continuité physique et de conserver une ressemblance entre l'enfant adopté

---

<sup>27</sup> Voir annexe 6 pour un résumé du cas de Elisabeth et Martin.

et celui né d'une IAD, le couple a choisi de faire appel à un donneur de sperme asiatique. Une situation semblable est d'ailleurs décrite par Cadoret (2000) et Hayden (1995) dans leurs études portant sur l'homoparentalité chez les couples lesbiens qui revendiquent la valeur et la priorité de la parenté sociale tout en ayant recours à des méthodes qui mettent à l'avant-scène des représentations biologiques de la parenté. C'est le cas par exemple lorsqu'une des deux conjointes fournit l'ovocyte et que l'embryon issu de ses gamètes et de celles d'un donneur de sperme est réimplanté dans l'utérus de l'autre conjointe (permet la contribution des deux mères) ou encore lorsque les deux femmes, chacune leur tour, utilisent un même donneur de sperme dans le but d'établir une certaine continuité génétique entre les deux enfants à naître.

L'utilisation stratégique des NTR va donc parfois bien au-delà de préoccupations axées sur le "biologique" et s'inscrit plutôt dans une dynamique complexe qui fait intervenir différents enjeux et facteurs qui peuvent difficilement être confinés de manière stricte dans les sphères biologique ou sociale.

## **CHAPITRE V**

### **Zone de passage**

Les transitions vécues par les acteurs sociaux au cours de leur vie peuvent être appréhendées comme des espaces dynamiques où se croisent composantes sociales, repères historiques, mais aussi éléments biographiques et considérations personnelles. Ces scènes de transitions apparaissent alors du point de vue de la recherche comme « des moments d'analyse privilégiés » (Dandurand et Hurtubise 2008 : 5). Elles permettent de circonscrire les changements intervenus dans le parcours des couples et d'en mesurer l'impact dans l'espace-temps: « *La notion de transition en sciences humaines fait toujours référence au déroulement du temps et, par conséquent, au changement et même à l'évolution. Elle désigne généralement le passage d'un état à un autre qui s'accompagne d'une redéfinition des manières d'être ou de faire* » (Dandurand et Hurtubise 2008 : 3). L'étude des frontières et des espaces de transitions permet, selon Lamont et Molnar (2002), de comprendre les processus sociaux à l'œuvre entre des phénomènes qui n'apparaissent pas liés d'un premier abord (2002 : 168).

Le présent chapitre se préoccupe donc principalement de mettre en relation les milieux médical et adoptif. L'analyse des interactions symboliques et sociales qui se jouent à l'intérieur de l'espace frontalier entre ces limites permettra dans ce cas-ci de mieux comprendre les dynamiques qui, tantôt, différencient la PMA et l'adoption, et tantôt, les rapprochent. Le chapitre s'attarde aux valeurs qui sont associées à la PMA et à l'adoption, aux échanges et aux représentations qui les définissent ainsi qu'aux processus d'hybridation qui permettent de les envisager comme deux espaces qui s'influencent mutuellement plutôt que comme deux univers indépendants et hermétiques. Évidemment, dans le cas de la présente recherche, la question des frontières ne concerne pas tant une délimitation territoriale qu'une zone d'interstice où se déploient un ensemble de distinctions (conceptuelles et expérientielles), de symboles et de représentations. L'étude de cette zone dite de passage met également en évidence le cheminement des acteurs sociaux concernés et montre comment les individus eux-mêmes se transforment lorsqu'ils sont confrontés à l'inconnu et appelés à faire certains choix. Selon George (1993 cité par Dandurand et Hurtubise 2008) qui s'est intéressée à l'étude des transitions de vie dans une perspective sociologique, l'analyse des parcours et des transitions de vie permet, sur le plan épistémologique, d'identifier la reconnaissance de l'hétérogénéité des transitions et des séquences de vie, de cibler

les mécanismes par lesquels le contexte sociohistorique influence les vies humaines et d'intégrer dans l'analyse les modèles macro et micro social.

Les trajectoires étudiées dans le cadre de cette recherche ont les mêmes points de départ et d'arrivée, c'est-à-dire que tous les couples ont désiré un enfant qu'ils ont tenté de concevoir naturellement, ont ensuite entrepris des démarches médicales et vécu une série d'échecs en milieu clinique avant d'en arriver finalement à la décision d'adopter. Pourtant, à plusieurs égards, ces trajectoires varient; quant aux types de traitements entrepris pendant la période de suivi médical; quant à la durée de l'intervalle entre les différentes étapes; quant aux perceptions que les couples entretenaient initialement envers l'adoption. Les trajectoires analysées dans ce chapitre couvrent une période relativement longue composées de différentes étapes et de différents événements. Elles incluent aussi les expériences et les décisions des acteurs, d'où l'intérêt de dépasser le seul cadre factuel des événements pour aussi s'intéresser à la manière dont les personnes en parlent.

Le passage et la transition comme tels réfèrent à un espace caractérisé par une durée et par des événements que l'on pourrait situer plus précisément entre l'apparition du désir d'enfant au sein du couple et la consolidation du projet d'adoption. Le passage fait donc référence à cette zone où le couple est confronté à des enjeux et à des questionnements qui touchent tout autant à la PMA qu'à l'adoption : comment les participants définissent-ils cet "entre-deux" et quelles sont les expériences qui lui sont reliées? Comment expliquent-ils leur décision d'adopter? Il apparaît aussi clairement que les différentes dimensions qui gravitent autour de l'acceptation de l'infertilité sont la plupart du temps entrevues en termes de cheminement (dans une logique de progression) et se trouvent ainsi rattachées à la notion de temps. Par conséquent, les expériences vécues dans cette zone d'interstice (où se croisent PMA et adoption) impliquent une série d'intersections qui permettent de nuancer et de comparer non seulement les vécus des couples concernés, mais également les démarches et les processus relatifs à la procréation assistée et à l'adoption.

Ce chapitre est divisé en trois sections principales: la première partie dégage et analyse des trajectoires types alors que la deuxième aborde les multiples facettes et le caractère mouvant de la notion de deuil de l'enfant biologique. Une troisième partie se préoccupe de dresser un portrait

comparatif des milieux clinique et adoptif à partir des propos des participants, une stratégie d'analyse qui permet d'éclairer les expériences vécues par les couples à l'intérieur de l'un et de l'autre des milieux, mais aussi de comprendre les ramifications sociales des deux phénomènes.

### 5.1 Les trajectoires de réalisation du désir d'enfant

Pour éclaircir cette zone dite "de passage", il semble pertinent, d'un point de vue analytique d'établir des trajectoires-types et de procéder à une certaine classification des cas étudiés, le but étant d'exposer les parcours des couples à l'intérieur d'un schéma analytique qui puisse tenir compte tout autant des traits communs des trajectoires que de leurs variabilités.



#### TRAJECTOIRES TYPES

##### Trajectoire 1 (n=10)



##### Trajectoire 2 (n=7)



##### Trajectoire 3 (n=6)



#### TRAJECTOIRES ATYPIQUES

##### Trajectoire 4 (n=2)



##### Trajectoire 5 (n=2)



#### Les trajectoires types

Les trajectoires types débutent par deux étapes successives communes : une première qui correspond à l'émergence, au sein du couple, du désir d'avoir un enfant et une deuxième qui

correspond à la période d'essais dits naturels. Schématiquement, ces étapes sont présentées comme si elles étaient d'égale durée pour tous les couples. Dans les faits, ces périodes varient d'un couple à l'autre, dans la mesure où le moment de réflexion qui précède la décision d'avoir un enfant n'a pas la même durée pour tous. La phase d'essais naturels varie elle aussi énormément d'un couple à l'autre; certains se tournent vers la médecine reproductive dès la fin de la première année d'essais, alors que d'autres attendent plusieurs années avant de décider de consulter un spécialiste.

Il est possible de distinguer trois trajectoires-types principales (les trajectoires 1-2-3) chez les couples infertiles interrogés qui ont choisi d'entreprendre un projet d'adoption. Dans un premier cas (trajectoire 1), les couples entreprennent des démarches médicales (sur une plus ou moins longue durée et d'une intensité variable) qui se soldent en échec: cet épisode en procréation assistée est ensuite suivi d'une plus ou moins longue période d'attente et/ou de repos (qui apparaît en blanc dans la représentation de la trajectoire), soit parce que l'un des deux membres du couple n'est pas prêt à se lancer dans un projet d'adoption, soit parce que cette dernière option n'avait tout simplement pas été initialement envisagée par le couple qui ressent alors le besoin de prendre une pause et de se distancier temporairement de leur projet d'avoir un enfant. Ce n'est souvent que quelques mois et parfois même quelques années plus tard que l'idée d'adopter apparaît, puis se consolide. Dans un deuxième type de trajectoire (trajectoire 2), les étapes de la PMA et de l'adoption se chevauchent (la zone orangée représente cette période de chevauchement), c'est-à-dire que les couples amorcent les procédures d'adoption alors qu'ils sont toujours en suivi médical, puis délaissent graduellement le milieu médical pour se concentrer sur leur projet d'adoption. On retrouve également dans ce type de trajectoire les couples qui sont retournés en PMA entre deux adoptions et qui ont finalement adopté un deuxième enfant. Ce type de trajectoire suscite des réflexions intéressantes dans la mesure où il contredit le modèle privilégié par les services sociaux et par le milieu de l'adoption en général qui exigent des couples qu'ils aient fait leur deuil de l'enfant biologique avant d'entreprendre un projet d'adoption. Un troisième type de trajectoire (trajectoire 3) met de l'avant un modèle plus linéaire dans lequel la décision d'abandonner les démarches médicales est très rapidement suivie de la décision d'adopter : il s'agit pour la plupart de couples qui, un peu avant l'arrêt des traitements médicaux, ont abordé plus ou moins sérieusement l'idée d'adopter et qui, suite aux échecs

rencontrés en milieu clinique, ont choisi d'un commun accord d'entreprendre un projet d'adoption, sans que cela ne nécessite une longue période de réflexion ou d'acceptation.

**TABLEAU 7 : Caractéristiques des trajectoires-types**

	<b>Trajectoire 1</b>	<b>Trajectoire 2</b>		<b>Trajectoire 3</b>
<b>Caractéristiques clefs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prédominance de l'aspect temps : une longue période sépare PMA et adoption</li> <li>-L'idée d'adopter n'est pas entrevue en cours de PMA</li> <li>-Décalage marqué entre l'H. et la F. vis-à-vis de l'idée d'adopter</li> <li>-Forte présence d'un élément déclencheur (rencontre)</li> <li>-Période de deuil / d'acceptation très présente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Enchevêtrement des démarches PMA-adoption</li> <li>-Adoption et PMA envisagées comme deux modes d'accès à l'enfant</li> <li>-Pas de décalage marqué dans le couple vis-à-vis de l'idée d'adoption</li> <li>-Période de deuil / d'acceptation très peu présente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Enchevêtrement des démarches: PMA suivie d'une première adoption : retour en PMA (consultation) avant la deuxième adoption</li> <li>-Adoption et PMA envisagées comme deux modes d'accès à l'enfant</li> <li>-Décalage plus ou moins marqué dans le couple vis-à-vis de l'idée d'adopter</li> <li>-Période de deuil / d'acceptation assez présente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Projet d'adoption suit de près la fin des traitements en PMA</li> <li>-L'adoption située dans une suite logique</li> <li>-Pas de décalage marquant dans le couple vis-à-vis de l'idée d'adopter</li> <li>-Période de deuil / d'acceptation plus ou moins intense</li> </ul>

### **Les trajectoires atypiques**

Dans quelques-uns des cas étudiés (n=4), les couples présentaient une trajectoire plus marginale et avaient choisi directement l'adoption comme façon de faire famille, et cela sans qu'aucun diagnostic médical d'infertilité ne leur ait été attribué. Dans le cas de la trajectoire 4, il s'agissait de couples (n=2) qui ont essayé durant un certain temps d'avoir un enfant de manière naturelle et qui, devant l'insuccès de leurs efforts, se sont spontanément dirigés vers l'adoption, sans entamer de démarche médicale. La cinquième trajectoire fait état d'une situation où le couple, en l'occurrence la femme, ne souhaitait pas vivre la grossesse et l'accouchement et préférait entreprendre directement un projet d'adoption, sans essais naturels ou médicaux au préalable (n=2). Même si ces trajectoires sont plus atypiques et qu'elles ne constituent pas le cœur de cette



recherche (elles concernent seulement quatre des 27 couples interviewés au total), il semble tout de même pertinent d'en mentionner l'existence.

Les trois principaux types de trajectoires décrits plus haut (trajectoires 1-2-3) donnent un aperçu intéressant de comment s'articulent la PMA et l'adoption à l'intérieur du processus décisionnel des couples éprouvant des problèmes d'infertilité. Par contre, l'établissement de trajectoires-types ne parvient pas à lui seul à illustrer la durée et l'intensité de chacune des étapes qui demeurent très variables, non seulement entre chacune de ces trois trajectoires types, mais aussi à l'intérieur d'une même trajectoire; par exemple, deux couples peuvent avoir connu une période de repos et de réflexion entre leur décision de cesser les traitements médicaux en infertilité et leur choix d'adopter (trajectoire 1), mais cette période peut considérablement varier en termes de temps, certains couples mettant jusqu'à dix ans avant de finalement prendre la décision d'adopter, d'autres seulement quelques mois. Il en est de même pour le temps passé en PMA; certains n'y ont eu recours que durant deux ou trois mois, d'autres quelques années; certains se sont limités à la thérapie hormonale, d'autres ont choisi de faire jusqu'à deux FIV à quelques mois d'intervalle. Bref, selon les cas étudiés, les divers segments d'une même trajectoire peuvent à leur tour varier en termes de longueur, mais aussi d'intensité. Ainsi, cette section s'attardera à détailler le contenu de ces trajectoires, c'est-à-dire à rendre compréhensible la variété des longueurs d'un même segment et la variété des teintes d'une même couleur.

### 5.1.1 Trajectoire 1 : Prendre le temps. Distinguer et intégrer

Dans l'ensemble des trajectoires étudiées, une tendance domine légèrement dans les témoignages recueillis lorsqu'il est question de situer la succession des différentes phases vécues par les couples: celle de séparer et de bien distinguer chacune des périodes et, parallèlement, la nécessité de vivre ces différentes phases de manière successive mais sur une période relativement longue.

#### Cas type - trajectoire 1 : Jérôme et Annie

Jérôme a 46 ans et Annie 47. Annie est femme au foyer; Jérôme est directeur régional pour une compagnie de production porcine. Ils sont en couple depuis 16 ans et ont souhaité avoir un enfant dès leurs premières années de vie commune. Leurs tentatives demeurant infructueuses, ils ont décidé de se tourner vers la procréation médicalement assistée. Suivis au CHUL (Centre hospitalier de l'Université Laval), ils ont eu recours à l'insémination artificielle avec sperme du conjoint (environ 10-12 tentatives). Les causes de leur infertilité demeurent plus ou moins connues : les médecins ont constaté un trouble d'ovulation chez la femme et la présence d'une quantité de spermatozoïdes moindre chez l'homme. Suite aux échecs rencontrés en IAC, les médecins ont proposé d'avoir recours à une banque de sperme ou encore de tenter la FIV, deux options que le couple a refusées.

Le recours à l'adoption n'avait pas été envisagé par Jérôme et Annie pendant les démarches en PMA. C'est Annie qui, plusieurs mois après qu'eurent été terminées les procédures médicales, a proposé d'adopter, une option envers laquelle son mari demeurait réticent. C'est finalement la rencontre d'un couple adoptif lors d'un congrès professionnel qui a réussi à convaincre l'homme d'entamer des procédures d'adoption. Le couple a adopté deux petites filles d'origine chinoise, aujourd'hui âgées de 7 ans et de 5 ans.

Dans la plupart des cas, il s'écoule plusieurs années entre l'initial désir d'enfant des conjoints et le début des procédures d'adoption. Certains facteurs expliquent ces différents délais d'attente, dont principalement la réticence de l'un des membres du couple à l'idée d'adopter ou encore la difficulté pour les deux conjoints d'accepter le constat d'infertilité. Ainsi, les cas étudiés à l'intérieur de cette trajectoire, dont celui de Jeanne et Paul, mettent en évidence la valeur accordée à l'idée de cheminement et, parallèlement, aux transformations vécues sur les plans individuel et conjugal :

*H : Mais tu ne peux pas, moi je ne pense pas que quelqu'un peut dire "moi je n'ai pas d'enfants naturels, je m'en vais tout de suite en adoption" sans avoir essayé avant. Faut que tu passes par l'étape d'essayer d'avoir des enfants naturels en premier; la nature est faite de même.*

F: *Je ne pense pas qu'on aurait été prêts à vivre ça (l'adoption) au début: comme quand on a commencé à s'essayer il y a 5-6 ans, on n'aurait pas pu commencer en procédures d'adoption tout de suite. On n'aurait pas eu, je pense, la même ouverture, on n'aurait pas été prêts comme on l'est aujourd'hui. Faut avoir passé au travers tout ça.*

H: *Faut que t'aies tout essayé quasiment*

F: *Fait que oui, c'est tout un cheminement.*

H: *C'est sûr que je ne le revivrais pas (les années passées en essais), je ne voudrais pas le revivre, mais tu n'as pas le choix : faut que tu le vives.*

F: *Il a fallu pogner nos "downs" pour mieux remonter.*

H: *Regarde, notre couple d'amis qui est rendu à six fausses couches, la première fois qu'on leur a dit qu'on adoptait, ils nous ont dit : "ah ouin, ah non, nous autres jamais!". Après ça elle, elle lui a parlé : "moi je serais ouverte, mais lui il est bucké bin dur".*

F: *Et tu vois, l'autre jour, c'est elle qui n'était plus prête et c'est lui qui posait des questions. Ça prend quand même un certain temps. Il faut essayer plusieurs affaires. Si t'essayes naturel et après un an : "ça ne marche pas, vite en adoption". Je me dis que t'as peut-être pas cheminé autant. Bin c'est sûr que ça peut marcher pareil, mais selon moi, ça prend un petit peu plus de temps. Je ne te dis pas que ça prend nécessairement 6-7 ans comme nous autres, mais ça en prend un minimum. (Paul et Jeanne)*

Paul et Jeanne sont catégoriques : avant d'adopter, il faut d'abord avoir persévéré dans divers essais dits naturels. En ce sens, le fait de vouloir des enfants biologiques est entrevu comme une étape naturelle, d'où l'idée qu'il est difficilement envisageable de vouloir adopter sans avoir au préalable essayé naturellement ou par le biais de la médecine : dans cette optique, le passage en PMA est considéré incontournable. Mais plus encore, cette position met en évidence la priorité accordée aux faits biologiques de la reproduction dans les conceptions de nos sociétés euro-américaines en regard de la parenté. Les propos émis par Paul rejoignent exactement les analyses de Strathern (1992) qui soutient que la nature en elle-même fournit un modèle dominant qui influe sur la façon dont une personne comprend ce qu'est la parenté, ce qu'elle signifie et ce qu'elle produit.

Dans un même ordre d'idées, il est intéressant de noter que dans les discours de la plupart des participants, dont ceux de Jeanne et Paul, la PMA est considérée productrice "d'enfants naturels", expression qui apparaît ici comme un synonyme d'enfants biologiques. Donc, malgré une conscience aiguë de la transformation du cycle reproductif induite par les NTR, les participants inscrivent d'emblée l'enfant issu d'une PMA dans le registre de "l'enfant naturel" en s'appuyant sur le fait que celui-ci provient génétiquement d'un ou de ses deux parents. Le caractère interventionniste des diverses technologies médicales et son impact sur le fonctionnement naturel de la reproduction se trouvent par le fait même niés. Le statut "d'enfant naturel" ne repose plus strictement sur l'acte sexuel procréatif, il devient dorénavant attribuable

à tout enfant né des gamètes de ses deux parents, et ce peu importe la méthode. Ainsi, les années d'essais sans intervention médicale sont souvent fusionnées à celles passées en PMA et forment ensemble le total des années passées "à essayer d'avoir un enfant naturel". Cette position témoigne d'une tendance très présente chez les couples ayant recours à la PMA, celle de réinscrire la technicité et la science dans un espace culturellement naturalisé.

D'autre part, dans ce type de trajectoire, le temps qui passe (et parallèlement les échecs qui s'accumulent) sont entrevus comme des expériences permettant de s'ouvrir graduellement à l'adoption :

*F: L'idée d'adopter, moi je dirais que... on a connu un couple, le gars travaille avec Paul et eux autres sont revenus d'adoption en Colombie et ils nous ont parlé de leur histoire. Quand ils sont revenus de voyage, on a vu les photos : écoute, on a passé une soirée à les écouter, et ça a fait, ce soir-là j'ai fait : "moi c'est ça que je veux". Mais là, je n'osais pas trop le forcer tout de suite, je l'ai laissé venir tranquillement, et une journée, il m'a dit : "bon c'est beau on y va". Ça a déclenché cette journée-là. Ça faisait trois ans et demi, quatre ans qu'on voyait que...*

*H: On était rendus au stade de penser à l'in vitro, à savoir si on y allait ou si on n'y allait pas, quand René, mon collègue, est revenu avec son petit bébé. Ça a été un élément déclencheur. Elle, elle y pensait, elle m'en parlait, mais moi ça ne m'intéressait pas. Je n'étais pas rendu à ce stade-là. Elle (l'homme désigne sa conjointe), elle l'a vécu avant moi. Quand t'entends parler ta femme qui dit : "on pourrait avoir ça comme option", toi au début, tu l'envisages pas, mais veux veux pas, elle te parle de ça, automatiquement t'ouvres tes œillères, et tu te mets à regarder autour de toi, à te rendre compte... t'entends parler du monde qui en ont, et ça va bien, ils n'ont pas de problème. Et tranquillement pas vite, je me suis fait à l'idée que peut-être, on pourrait adopter. Mais je ne lui en n'ai jamais parlé tant que je n'étais pas sûr à 100%. (Paul et Jeanne)*

Dans un tel type de parcours, l'adoption est une option envisageable à plus long terme, c'est-à-dire qu'elle n'est pas nécessairement entrevue comme une solution qui va de soi. Pour les couples qui attendent plusieurs mois ou même quelques années avant d'entreprendre un projet d'adoption, celle-ci est davantage abordée et vécue comme une option vers laquelle on se dirige lentement, à l'intérieur d'un cheminement complexe qui semble d'ailleurs plus long et plus laborieux chez les hommes que chez les femmes, les hommes étant beaucoup moins spontanément portés que ces dernières vers l'idée d'adopter :

*C'est ma conjointe qui a commencé à en parler. Moi, j'étais réticent. Ça m'a peut-être pris un an avant de faire mon cheminement et de dépasser les craintes: est-ce que je vais être capable de l'aimer? Si c'est mal accepté? Ce n'est pas mon sang, bla bla bla. C'est le mental, on se raisonne. C'est pour cela que ça m'a peut-être pris un an pour me faire à l'idée. Tu te fais une raison, tu réfléchis. Est-ce que j'en veux vraiment des enfants? C'est quoi l'importance qu'ils soient de mon sang? Qu'est-ce que je veux?: qu'ils soient de mon sang ou c'est des enfants que je veux? Qu'est-ce que je veux vraiment dans cela? Tu prends*

*du recul et avec la raison, un moment donné, tu te dis: ‘ok, on va regarder c’est quoi l’adoption’. Un coup que tu vois c’est quoi le cheminement, comment ça se passe, ça aide et tu prends ta décision. Nous avons assisté à une réunion pour voir comment ça marchait et c’est comme ça qu’on s’est décidé. (Alain)*

Les propos d’Alain s’inscrivent en adéquation avec cette logique de cheminement et de réflexion : ils montrent comment la rencontre de l’infertilité et le passage infructueux en PMA impliquent de profondes remises en question vis-à-vis du désir d’enfant. L’importance initialement accordée aux liens de sang dans les liens de parenté se trouve peu à peu amenuisée au profit d’un lien parental plus global qui concerne l’enfant en général, sans égard à ses origines biologiques. Les couples se retrouvent ainsi devant l’obligation de redéfinir leurs représentations initiales de la famille et de l’enfant, une étape qui dans bien des cas n’est pas vécue au même rythme pour la femme et pour l’homme :

*F : J’ai dit à Charles : ‘ça ne te tenterait pas d’adopter?’ Mais sur le coup il a dit : ‘non, je ne suis pas prêt à ça’. Il y a toute la période de deuil, l’acceptation. Alors, moi, la première fois que je lui ai proposé ça (l’adoption), il n’était tellement pas rendu là et je me rappelle, il m’a dit : ‘ce ne sera pas de mon sang’. J’ai dit : ‘Voyons, les liens du cœur dépassent les liens du sang’. Mais lui n’était pas rendu là, pas du tout. Fait que je me suis dit : ‘Ben coudonc...’. Alors on a remis ça encore sur la glace. En 2000...*

*H: en 2000, elle m’est revenue avec ça. Elle a une collègue de travail qui a adopté deux filles...*

*F: Et là, pour lui vendre le projet, je me suis dit qu’il fallait que j’arrive équipée alors j’ai dit à Ghislaine (collègue qui a elle-même adopté): ‘je vais apporter des photos, de l’information’ et là, un soir, je suis arrivée : ‘elles ont l’air tellement gentilles et elles sont toutes jolies’ et tout ça. J’ai dit : ‘qu’est-ce que t’en penses?’ Et là, il dit : ‘ben là!’ Moi j’ai dit : ‘ce serait l’fun’. Et là ça a parti... Je n’y croyais pas trop. J’ai dit à Ghislaine : ‘ça a marché les photos! Une chance que j’avais apporté des photos et le gros kit!’ Elle a dit : ‘Ha oui?!’ J’ai dit : ‘Ben oui!’ Fait que là, j’ai dit : ‘Qu’est-ce qu’on fait, après?’ Alors elle nous a aidés pour les démarches. (Charles et Suzanne)*

Dans cette situation, les réactions différentes de l’homme et de la femme au moment où cette dernière soulève la possibilité d’adopter illustrent parfaitement les deux mouvements opposés qui caractérisent la parenté occidentale (Godelier 2004 ; Cadolle 2007; Cadoret 2000 ; Belleau 2004; Fine 1998, 2002; Théry 2002 ; Ouellette 2000), soit l’élargissement de la parenté sociale (qui fait la promotion des liens librement choisis et valorise les liens affectifs) et le rétrécissement autour du génétique (qui tend à considérer la vérité scientifique des connexions génétiques comme le point de détermination des liens d’apparentement). Les points de vue (divergents) échangés entre Charles et Suzanne qui insistent tantôt sur l’importance des liens biologiques comme facteur de définition de l’apparentement (Charles), tantôt sur la valeur de l’affectivité et de l’électivité

(Suzanne), mettent ainsi en évidence les tensions intrinsèques à ce double mouvement. À cet égard, il est évident que les couples adoptifs doivent eux aussi se situer dans cet espace parental et filiatif et en arriver (parfois par la force des choses, comme c'est le cas de Charles), à privilégier les liens du cœur au détriment des liens de sang et ainsi à mettre l'emphase sur le lien affectif qui les unit à leur enfant.

L'histoire de Suzanne et Charles met également en évidence le caractère inattendu de l'adoption et le fait que chez ces couples, particulièrement chez les hommes, l'adoption n'était pas initialement entrevue comme une solution à l'infertilité. Chez ces couples, le fait de ne pas avoir envisagé l'adoption en cours de PMA et de ne pas avoir situé cette option dans une sorte de continuum des étapes à suivre explique non seulement le long délai qui sépare la fin des essais en PMA du début du projet d'adoption, mais aussi l'intervention déterminante d'un élément déclencheur qui fait alors apparaître, ou du moins qui met en évidence, la possibilité d'adopter:

Q: Dans les années où vous faisiez in vitro, est-ce que l'idée de l'adoption était soulevée ou c'était vraiment plus...?

F: *Moi une fois je l'avais soulevée la question, j'avais dit à Antoine: "on pourrait en adopter". Il m'avait dit: "Bin voyons donc! Es-tu malade, adopter?" C'est parce que lui, il n'était pas rendu là.*

Q: Ça c'était avant in vitro ou...?

F: *Non c'était après. C'était vraiment après le deuxième essai. Il y avait un couple de Saint-Barnabé qui avait adopté, et j'ai dit: "nous autres aussi on pourrait adopter". Jamais que ça lui avait traversé l'esprit! Et là, ça a mijoté. Quelques semaines plus tard, je reçois le Journal de Montréal et sur la page couverture c'est écrit: "20 bébés Chinois arrivent à Montréal". Je prends le journal, et je dis à mon chum: "Regarde ça, regarde comme elles sont belles!". Je l'ai encore le journal. On les trouvait toutes belles. Fait que lui, il ne parle pas. Deux semaines plus tard, je reviens de travailler, il dit: "Regarde ce que j'ai fait venir". Il avait fait venir toute la documentation pour l'adoption (Mathilde)*

Dans le cas de Mathilde et Antoine, deux éléments déterminants interviennent et contribuent à consolider leur choix d'adopter: il y a, dans un premier temps, la rencontre d'un couple qui vit dans le même village qu'eux et qui a déjà adopté et, dans un deuxième temps, la réception de ce journal où l'adoption fait la manchette. Dans presque tous les cas étudiés, l'assise même du projet d'adoption repose sur un élément déclencheur significatif, la plupart du temps une rencontre avec des gens ayant déjà adopté; un couple d'amis, un ou une collègue de travail, un membre de la famille. C'est d'ailleurs le cas de Francis et Sarah qui, suite à la rencontre d'une cousine de Francis, elle-même en procédures d'adoption, ont finalement choisi de se lancer à leur tour dans le projet :

F : *Je me disais : ‘si je ne suis pas capable d’en avoir naturel, j’en n’aurai pas’. Un moment donné, sa cousine a décidé d’adopter et elle dans sa tête elle s’est dit : ‘Il me semble que Sarah et Francis je ne les vois pas sans enfant’, fait que elle nous a invités à souper et ils nous parlaient de ça, ils nous montraient des photos, ils nous disaient ce qu’ils avaient fait pour... elle nous a donné les sites internet, tout ça. Après ça, on est revenus ici, on a commencé à jongler avec ça. Et c’est ça, un matin je me suis levée et j’ai dit à Francis: ‘C’est vrai, moi je ne suis pas capable de passer ma vie sans enfant!’*

H: *On n’avait jamais parlé d’adoption avant. Ce soir-là ça a été le déclic. Je pense que c’est courant; ça ne vient pas comme ça, il faut que tu connaisses quelqu’un qui est adoptant, parce que sinon je ne pense pas que ça vienne comme ça là. Faut que tu l’aies vu, vécu, un reportage à la TV, quelque chose. Nous autres, il n’y avait pas eu de déclic avant ça. (Francis et Sarah).*

Les propos de Sarah et Francis témoignent également d’un point de vue particulier sur l’enfantement : en effet, dans ce type de trajectoire, l’aspect naturel de l’enfantement est mis en évidence à travers l’idée que si l’on demeure incapable de concevoir un enfant, mieux vaut ne pas en avoir. Dans une telle position, la nature est considérée la plus forte et la plus déterminante; c’est à elle que revient le pouvoir de déterminer la possibilité ou l’impossibilité de reproduction, et à ce titre, elle pose un verdict qui apparaît d’un premier abord intouchable et catégorique. Cette conception de la reproduction explique en partie le fait que l’adoption, dans ce type de trajectoire, peine à pénétrer les options disponibles en matière de construction familiale. Cette réaction en regard de l’expérience de l’infertilité est partagée par Martin qui, confronté à un diagnostic d’infertilité masculine, est demeuré relativement longtemps fermé à l’idée d’adopter ou encore d’avoir recours à l’IAD :

F : *Quand j’ai commencé à parler un peu de l’option (adoption), il me disait : ‘non, on en n’aura pas (d’enfants), je ne peux pas en avoir, on en n’aura pas!’ Lui dans sa tête, il n’en voulait pas du tout. Il n’était pas prêt. C’était vraiment catégorique comme ça. Puis environ un an plus tard, on a rencontré un gars avec qui il travaille qui avait adopté deux petites filles du Cambodge et quand nous sommes allés au Festival Western de St-Tite, ce gars-là avait apporté ses deux enfants et Martin les regardait. Ils jouaient: ‘Ah! Papa!’ et il les serrait dans ses bras. Je ne sais pas s’il avait un genre de crainte que les enfants ne s’attachent pas mais là, il voyait comment les enfants agissaient et finalement quand nous sommes arrivés le soir, c’est lui qui m’a dit: ‘Elisabeth, l’adoption internationale, est-ce que tu y as pensé?’ C’est vraiment avec le temps que... puis quand il m’a abordée pour l’adoption et tout ça, il avait fait son choix et là il était enthousiaste. Il avait fait son deuil qu’il ne pouvait pas en avoir. (Elisabeth)*

Chez les couples qui ont connu une longue période de réflexion entre la fin des procédures médicales et le début des démarches d’adoption, l’adoption est perçue comme l’aboutissement d’un long processus et la PMA comme une étape désagréable mais nécessaire au cheminement qui mène vers l’adoption: «*Écoute, je ne regrette pas ce qu’on a passé (essais médicaux – deux*

FIV) et moi je me suis toujours dit, Antoine aussi, que pour en arriver à adopter, il fallait passer par où on est passés » (Mathilde). Les expériences vécues en PMA interviennent directement dans le cheminement du couple vers l'adoption ; en même temps qu'elles confirment l'impossibilité pour le couple d'avoir un enfant biologique, elles entraînent des transformations dans les perspectives de vie des acteurs qui se voient alors dans l'obligation de réorienter leur désir d'enfant et leur projet de famille. Les propos de Robert montrent bien la complexité de ce cheminement et illustrent comment les individus confrontés à des événements déstabilisants, en l'occurrence l'infertilité, procèdent à une redéfinition de leurs attentes à l'égard de la filiation et de la famille :

*J'avais des amis à qui c'était arrivé aussi (infertilité masculine) et qui avaient été eh... là-bas chez Procréa, et eux autres ça avait fonctionné (IAD). Et le gars m'avait dit : "tant qu'à ne pas pouvoir en avoir ensemble, au moins il va venir d'elle", un petit peu sous cet angle-là. Mais ce n'était pas très très... j'étais encore dans la réaction, je n'étais pas eh... C'est le temps qui m'a fait accepté que... dans l'fond, l'histoire de la clinique, ça m'a peut-être permis d'assimiler ça, parce qu'au début je me disais : "tant qu'à en avoir un, bin au moins il viendra un peu d'elle". Ça a pris un bout de temps avant que je fasse le deuil de tout ça. En fait, à partir du premier constat (d'infertilité masculine) jusqu'à temps qu'on décide d'adopter, ça représente peut-être deux-trois ans là. Il y a eu une période où ce n'était pas évident. L'adoption, ce n'est pas que j'étais réfractaire à l'adoption comme tel, c'est tout simplement que je n'avais pas assimilé encore ce changement-là dans ma perspective de vie et un moment donné, ça nous a comme sauté dans la face. J'ai un ami qui revenait de Chine avec leur petite fille, ils sont venus ici faire un tour et là ça m'a comme allumé, ça avait l'air extraordinaire. On voyait bien que sa maman, bin c'était sa maman. Et là je me disais : "dans l'fond là, le vrai papa, c'est celui qui t'aime". C'est ça. Et un soir, Martine revenait d'un souper et elle était toute à l'envers : "tout le monde a des enfants" et là elle était toute croche, elle est arrivée en pleurant le soir. Et j'étais justement... pas longtemps avant, on avait vu nos amis avec la petite (adoptée de Chine), fait que j'ai dit : "là regarde, je pense que c'est ça le signal que ça prenait". À partir de ce moment-là, j'ai réalisé... ça a été clair, c'était réglé. (Robert)*

Le récit de Robert est particulièrement significatif et renferme un ensemble d'éléments clefs qui caractérisent ce type de trajectoire. Dans un premier temps, la reproduction biologique est mise en étroite relation avec l'établissement de la filiation et de la parentalité : ainsi, la première décision du couple, soit celle d'aller en IAD, est principalement basée sur un désir de reproduire biologiquement et génétiquement la moitié du couple, en l'occurrence la moitié féminine ("il viendra au moins un peu d'elle"). Si cette décision apparaît de prime abord comme une décision conjugale, voire personnelle, elle trouve ses fondements dans des valeurs et des croyances profondément sociales : dans notre système de filiation bilatéral, non seulement l'enfant est considéré appartenir à la parenté de son père ET de sa mère, mais il est aussi entrevu comme le



résultat du mélange physique et biologique de ses deux parents : « *Notre système de filiation est dit bilatéral parce que les enfants appartiennent à la parenté de leur père et de leur mère. Il semble calquer les lois de la reproduction, de sorte que nous le croyons biologiquement fondé et nous avons du mal à admettre qu'engendrement et filiation puissent vraiment être séparés* » (Fine 2000-a : 11). Dans la pensée euro-américaine, la reproduction réfère, selon Strathern (1995) à l'idée d'amener à l'existence quelque chose qui existe déjà sous une autre forme; ainsi comprise, la reproduction humaine suppose qu'un individu re-crée une partie de lui-même.

De plus, le segment du récit où Robert fait référence à un couple d'amis et à leur petite fille (adoptée en Chine) met en évidence un changement survenu dans ses conceptions relatives à l'apparentement : pour qu'il en arrive, après réflexion, à la conclusion que "le vrai papa c'est celui qui t'aime", c'est qu'au préalable il avait une définition différente de ce qu'était "être papa". Là encore, on devine l'existence d'un processus de redéfinition des liens de parenté qui se traduit par une distanciation des signifiants biologiques en faveur d'une appropriation de ses composantes électives.

Dans ce type de trajectoire, le deuil et l'acceptation de l'infertilité prennent également une place beaucoup plus importante que dans les autres trajectoires-types : ainsi, la distance, en termes de temps, entre la fin de la PMA et le début de l'adoption demeure généralement proportionnelle à l'intensité du deuil vécu qui est davantage présenté par les participants comme une période d'ébranlement et d'acceptation que comme un renoncement à l'enfant biologique (voir section 5.2.1). Chose certaine, dans ce type de trajectoire, la PMA et l'adoption sont vécues en deux phases bien distinctes séparées non seulement par la donnée "temps", mais également par une transformation importante du type de projet parental envisagé :

*Il y en a que ça se chevauche et qui savent dès le début qu'ils vont aller en clinique de fertilité et que si ça ne fonctionne pas, il reste l'adoption comme possibilité. Mais nous, ça s'est fait comme en 2 temps. Et quand nous avons décidé d'adopter, ce n'était pas: "Bon, je suis infertile alors on va adopter!", c'était plutôt: "On veut un enfant, on est rendus là et ça va être l'adoption". Il y a eu 8 ans entre les deux. Nous étions prêts à passer à autre chose parce que ça faisait longtemps que nous avions fini l'autre épisode (PMA) (Juliette).*

Chez les couples qui ont vu s'écouler plusieurs mois ou même plusieurs années entre la fin des procédures en PMA et le début de leur projet d'adoption, l'idée d'adopter a, dans la plupart des

cas, été soulevée par les femmes. Si cette tendance est vérifiable dans l'ensemble des cas étudiés<sup>1</sup>, elle demeure tout de même beaucoup plus prononcée dans ce type de trajectoire. Les femmes sont davantage portées à envisager l'adoption comme forme de construction familiale que les hommes. Aux yeux de ces derniers, la paternité semble (du moins initialement) plus difficile à définir d'une manière autre que par le biais de l'engendrement biologique. Inversement, les femmes arrivent plus facilement à dépasser les cadres biologiques de la reproduction et à entrevoir la maternité en termes de soins et d'affection.

### 5.1.2 Trajectoire 2 : Enchevêtrement des démarches médicales et adoptives

La deuxième trajectoire étudiée fait état d'un enchevêtrement entre les démarches médicales et adoptives. Elle met en scène deux types de cas; un premier où les couples, à un certain moment de leurs parcours, se sont trouvés impliqués simultanément dans le milieu médical et adoptif et un deuxième où les couples sont retournés en milieu médical entre leurs deux projets d'adoption.

#### Cas type - trajectoire 2 : Sylvianne et Jasmin

Sylvianne a 40 ans et Jasmin 43 ans. Ce dernier est dentiste et Sylvianne est adjointe administrative dans la fonction publique. Ils sont en couple depuis 15 ans. Comme le dit Sylvianne, ils n'étaient pas pressés d'avoir des enfants et ont passé les premières années de leur vie de couple à voyager et à entreprendre différents projets. C'est seulement vers le milieu de la trentaine qu'ils ont voulu avoir un enfant.

Après plusieurs mois d'essais (naturels) sans résultat, le couple a décidé de recourir à la PMA. Suite à quelques IAC qui se sont avérées infructueuses, le couple a entrepris une première FIV qui s'est soldée en échec. Comme il était clairement établi au sein du couple qu'ils ne feraient pas plus de deux essais en FIV, Sylvianne et Jasmin ont décidé d'entreprendre les procédures d'adoption avant de débiter leur 2<sup>ème</sup> essai en FIV. Ainsi, quelques mois après avoir reçu le verdict d'échec de la deuxième FIV, le couple partait pour le Kazakhstan pour leur première adoption (une petite fille aujourd'hui âgée de deux ans). Au moment de l'entretien, ils se préparaient à partir pour aller chercher un deuxième enfant, un petit garçon âgé de 10 mois et lui aussi originaire du Kazakhstan.

Sylvianne mentionne qu'elle était initialement plus ouverte à l'adoption que son conjoint, mais que la lourdeur des procédures médicales a convaincu celui-ci que l'adoption constituait une bonne solution.

<sup>1</sup> Dans tous les cas étudiés (n=27), toutes trajectoires confondues, ce n'est qu'à deux reprises que le projet d'adoption a été proposé par l'homme. Dans 9 cas, l'idée d'adopter émergeait d'un désir commun à l'homme et à la femme et dans 16 cas, l'idée venait initialement de la femme.

Cette trajectoire se caractérise d'abord par la présence superposée de deux genres de démarches qui, contrairement à la première trajectoire, n'ont pas été vécues dans des espaces temporels distincts. C'est le cas de Sylvianne et Jasmin qui ont débuté les procédures d'adoption entre deux fécondations in vitro :

*Quand on est allés la deuxième fois (pour la FIV), on avait déjà commencé le processus d'adoption... fait que c'est sûr qu'on sentait moins de pression dans le sens qu'on savait qu'on allait être déçus si ça ne fonctionnait pas (la FIV), mais comme on était déjà dans un autre projet, c'était comme: "si ça ne marche pas, on va continuer et on va aller de l'avant avec le processus d'adoption". On a été en clinique un peu plus de deux ans et à la fin de cette période-là, on était aussi en train de... parce qu'on se sentait un peu pressés aussi; on était dans la trentaine avancée et on n'avait pas encore 10 ans devant nous autres. Si on voulait que notre projet d'avoir des enfants se réalise, il fallait être pro-actif et il fallait s'en occuper. (Sylviane)*

Différents facteurs expliquent que les couples choisissent de s'impliquer simultanément dans les deux projets : dans le cas de Sylviane et de Jasmin, il s'agissait surtout d'une question de temps et d'âge, alors que pour d'autres couples l'objectif est d'abord de voir se concrétiser le plus rapidement possible leur projet d'enfant. Enfin, le chevauchement des démarches permet aussi, semble-t-il, de diminuer la pression et l'anxiété liées aux résultats incertains en PMA :

*F : C'est sûr que t'espères toujours un miracle et que ça marche quand même, mais j'avais saigné toute la semaine, donc ce n'était pas une grosse surprise quand j'ai fait mes prises de sang et que c'était négatif (échec de la FIV). C'est dans cette semaine-là aussi que..., c'est drôle comment la vie est faite, c'est dans cette semaine-là que j'ai eu l'appel de l'agence d'adoption. Fait que la semaine où je saignais et que je voyais bien que ça n'allait pas marcher (la FIV), Anna, la directrice de l'agence d'adoption, m'a appelée pour me dire "on aurait une place pour vous, voulez-vous signer?", et je lui ai dit : "on va te donner une réponse vendredi", parce que je me suis dit qu'on allait attendre le résultat avant de signer. Un moment donné, je veux des enfants, mais quand même pas deux d'un coup non plus !*

*Q: Ça veut dire qu'au moment où vous avez fait in vitro, il y avait déjà des démarches d'adoption d'entamées?*

*F: C'est-à-dire qu'on avait mis notre nom sur une liste d'attente. On s'est dit : « ok, on le fait (processus in vitro) », mais au moins j'étais rassurée parce qu'on avait trouvé une agence et on était sur la liste. Ça me remontait le moral parce que je me disais : "je le vois bien que ça ne marche pas, mais au moins il y a une lueur de...". Et le vendredi, comme de fait c'était négatif. On a rappelé Anna, elle nous a demandé si on voulait procéder, et on a dit oui. (Félicia)*

Le fait d'entreprendre les deux types de démarches en même temps revêt également, selon les propos des participants, une fonction de protection; en effet, les couples qui ont déjà un pied dans le monde de l'adoption au moment de recevoir leurs résultats négatifs en PMA vivent moins de pression et gardent espoir que leur projet d'enfant se concrétise assez rapidement. En ce sens, le

début des procédures en adoption sert en quelque sorte à absorber les déceptions liées au constat d'échec vécu en milieu médical. C'est le cas par exemple de Pier-Louis et Cassandra qui avant même la fin de leurs procédures médicales avaient ouvert un compte bancaire dans le but d'économiser de l'argent pour une éventuelle adoption :

*F: Mais ce qui est plaisant avec l'adoption, c'est que quand on s'est vraiment tournés vers ça ... ça a enlevé de la pression parce qu'on savait qu'on allait en avoir un enfant. Je pouvais déjà commencer à écrire un cahier, je dessinais et j'écrivais dedans à tous les jours. C'était vrai! On recevait des courriels, on recevait des infos presque à toutes les semaines pour nous dire où est-ce qu'on était rendus. C'était motivant là.*

*H: Quand on a vu que ça ne fonctionnait pas tout de suite (les IAC), on avait déjà enclenché un projet d'adoption.*

*F: Pas un projet, un compte, un compte. On n'était pas inscrits encore en adoption.*

*H: On avait un compte et on mettait de l'argent dans ce compte-là en vue d'adopter.*

*F: À peu près... après un an d'essai, on a commencé à mettre de l'argent de côté.*

*H: C'est vrai : toi tu faisais des recherches sur internet et on savait un peu grosso modo combien ça coûtait les procédures et tout le reste (Pier-Louis et Cassandra)*

Chose certaine, peu importe les raisons qui mènent à ce type de situation (c'est-à-dire le fait de se trouver impliqués dans des démarches parallèles), les représentations liées à l'enfant sont différentes de celles mises de l'avant, par exemple, par les couples de la trajectoire 1 qui n'avaient tout simplement pas, avant leurs problèmes d'infertilité, envisagé adopter. Dans ce cas-ci (trajectoire 2), la PMA et l'adoption sont abordées comme deux façons possibles, quoique distinctes, d'avoir un enfant et l'idée d'adopter s'est présentée assez rapidement en cours de suivi médical ou encore était présente avant le passage en milieu clinique. Dans le cas de Sylviane et Jasmin, cette idée était déjà présente chez la femme depuis longtemps alors qu'elle a émergé progressivement en cours de traitements chez l'homme :

*Moi à partir du moment où j'ai pensé avoir des enfants, j'ai pensé à l'adoption. Moi je n'ai jamais été contre ça. Je m'étais dit que si jamais ça ne marchait pas, moi je n'avais aucun problème à aller en adoption. Mon conjoint, c'était moins évident pour lui, mais un moment donné, à force d'être dans le processus de clinique de fertilité, ce qui est très lourd à vivre, on a pris plus d'informations et on a lu beaucoup sur l'adoption. La réflexion n'a pas été faite tout à fait de la même façon (entre l'homme et la femme) et pas tout à fait avec la même conviction au départ. Mais ça a toujours été là; moi c'était plus fort, lui c'était là, mais avec plus de doutes là! (rires) (Sylviane)*

Pour Félicia et Pascal, dont les mères respectives ont toutes deux été adoptées à la naissance via le système des crèches, l'adoption apparaissait comme une option très facilement envisageable en raison de leur proximité à l'égard de ce type de lien filiatif. Une proximité qui a sans doute largement contribué à dédramatiser les échecs en PMA et à faciliter le passage vers l'adoption,

qui dès lors n'est plus envisagée comme une option de dernier recours, mais davantage comme une façon possible d'avoir un enfant : « *Nous, on disait tout le temps, parce que ma mère est adoptée, sa mère est adoptée, on disait tout le temps que nous ça nous intéressait l'adoption. Avant même de savoir que ça prenait du temps pour moi de tomber enceinte, on disait toujours : "nous on aimerait ça avoir des enfants biologiques et des enfants adoptifs". C'est sûr que tu dis ça de même, mais on avait quand même cette ouverture-là et c'est quelque chose pour nous qui n'était pas difficile à penser vu que nous avons été élevés les deux par des mères qui ont été adoptées* » (Félicia).

Ainsi les couples qui présentent d'ores et déjà une ouverture à l'adoption vivent leur passage en PMA plus sereinement, abordant cette dernière davantage comme une façon parmi d'autres d'avoir un enfant que comme un passage critique. Dans ce deuxième type de trajectoire, la provenance de l'enfant se trouve désinvestie sur le plan symbolique et l'enfant est davantage appréhendé dans sa forme générique, c'est-à-dire dans l'optique que "un enfant, c'est un enfant". Sa venue est certes attendue, mais son origine (biologique ou adoptive) ne fait pas lieu d'une préoccupation marquée. Ainsi, l'enchevêtrement sur le plan des pratiques entre le milieu médical et celui de l'adoption met en évidence un autre type d'enchevêtrement sur le plan symbolique; celui entre le lien biologique et l'électif. Les deux formes de liens se conjuguent, mettant en évidence tantôt l'aspect biologique du désir d'enfant, tantôt l'aspect électif et social. Ces dimensions sémantiques du désir d'enfant sont particulièrement visibles dans le cas de Catherine et Patrice qui ont eux aussi débuté les démarches en adoption entre deux FIV. Leur parcours demeure tout de même complexe et relativement marginal; non seulement l'idée d'adopter a initialement été proposée par l'homme, mais les démarches sous-jacentes au processus adoptif ont été entamées alors que la femme était pratiquement absente psychologiquement et émotionnellement du projet. Même si aujourd'hui elle ne regrette pas cette décision (plus ou moins commune) qui lui a somme toute permis d'avoir un enfant plus rapidement, la femme admet qu'elle a trouvé difficile d'être simultanément impliquée dans deux projets aussi différents:

*H : On a fait in vitro et ça a été difficile de passer à travers ça. La première fois qu'on l'a fait (in vitro), c'est au mois d'avril, ça n'a pas marché. Suite à ça, moi j'ai décidé de commencer le processus pour adopter un enfant. Au début, c'est plus moi qui y a pensé. Catherine était pas ben ben pour ça.*

F: *C'est pas que je n'étais pas pour ça, c'est parce que quand tu vis un traitement in vitro, tu focusses tellement là-dessus que tu ne peux pas être à une autre place. Je n'étais pas capable d'envisager autre chose; j'étais là et c'est là que je voulais que ça marche. Je n'étais pas capable de penser que... Dans le fond Patrice a bien fait; des fois tu n'as pas les idées claires et l'autre t'amène à...*

H: *Moi, j'ai toujours voulu adopter un enfant de toute façon, tôt ou tard. Moi ça ne me dérange pas et anyway un enfant, c'est un enfant. C'est nous autres qui l'élèvent et... Fait qu'on a commencé de même et j'ai bien fait de commencer ça, parce que c'est un processus qui est assez long. Aussi, je voulais enlever de la pression à Catherine... si on en a trois, on en aura trois ou si on en a quatre, on en aura quatre. Ça enlevait de la pression et ça a paru : le deuxième processus de in vitro, Catherine était vraiment relaxe, elle se sentait bien et elle n'était pas stressée.*

Q: Comment vous faisiez pour avoir mentalement les deux (PMA et adoption) en tête en même temps; ça devait être difficile?

F: *Je ne sais pas... Moi je ne croyais pas vraiment à l'adoption; j'y croyais, mais on dirait que je me disais : "ça n'arrivera pas". Quand tu es déçue tout le temps, que tu essaies d'avoir un enfant depuis quelques années et que ça ne marche pas, tu t'en vas là-dedans (adoption), mais... et moi je me disais : "ça va être long, ça va prendre deux ans; on va y aller tranquillement et on va faire...". Et on a un couple d'amis qui avait adopté fait que Patrice me les a fait voir quelques fois aussi fait que j'ai pu en discuter avec eux autres et tranquillement...". On est allés à Montréal une fois aussi et il y avait plein de couples qui voulaient adopter. À ce moment-là, j'attendais ma réponse justement; c'était en octobre, j'attendais ma réponse (résultat de la 2<sup>ième</sup> FIV) (Catherine et Patrice)*

Comme dans les autres cas décrits plus haut, les premières démarches en adoption sont entrevues (ici par l'homme) comme une façon de diminuer le stress et la pression vécus par la femme alors soumise aux procédures de FIV. La situation décrite par Catherine et Patrice laisse deviner un décalage important entre le vécu de l'homme et celui de la femme : décidément, selon leur témoignage, ils n'ont pas été prêts au même moment à pénétrer pleinement le monde de l'adoption. Comme elle le dit elle-même, "*elle n'était pas capable à ce moment-là d'envisager autre chose*". L'analyse subséquente du récit montre comment la femme, à travers un parcours qui lui est propre, arrive à son tour à se détacher complètement de son passage en PMA en demandant à la clinique de procéder à la destruction des embryons restants, une décision qui rendait quasi irrévocable tout retour en milieu médical :

*Quand on a eu adopté Marianne, après ça, j'avais des embryons congelés, j'ai tout fait détruire. Pour moi c'était fini. Vraiment je suis passée à autre chose. J'avais ça à vivre, ça n'a pas marché, moi je n'essaie plus. Et en plus, je sais c'est quoi, j'ai adopté, et ça ne peut pas être plus fort que ça. J'ai jamais eu de grossesse, mais c'est sûr que c'est aussi fort. Fait que ça va. Je suis passée à autre chose. Moi je suis comme ça; quand je suis là, je suis là, mais quand je ne suis plus là... (Catherine)*

Le cas est intéressant également dans la mesure où le couple pouvait bénéficier de quatre FIV gratuites, sans avoir à déboursier un quelconque montant, et ce en raison d'un accident de voiture

dans lequel l'homme a perdu l'usage de ses jambes<sup>2</sup>. Pourtant le couple n'a fait que deux FIV et a choisi, après deux essais infructueux, de renoncer aux deux autres essais auxquels ils avaient pourtant droit. Plus concrètement, cette situation, que l'on peut d'ailleurs mettre en parallèle avec le nouveau programme québécois de financement de la FIV, prouve qu'au-delà du financement, il existe pour les couples des dimensions physique et émotive qui interviennent elles aussi dans leurs décisions de continuer ou de cesser les traitements.

On retrouve également dans la trajectoire 2 un autre sous-type de trajectoire dans lequel s'enchevêtrent là aussi les dimensions adoptive et médicale, mais d'une manière bien différente : il s'agit des couples qui ont adopté deux ou trois enfants et qui sont retournés en milieu médical entre deux adoptions dans l'espoir (assez mince) de pouvoir concevoir un enfant biologique. Ces situations, moins détaillées par les participants, montrent quand même que l'adoption et la PMA peuvent difficilement être abordées comme des univers complètement distincts et qu'il demeure possible pour les couples de revenir en clinique de fertilité, même après une première adoption. Dans tous les cas impliqués (n=3), il s'agissait de démarches de consultation et non d'un engagement dans des procédures concrètes; les couples en question ont contacté leur médecin dans le but de s'enquérir de l'état de leur infertilité et de s'informer des possibilités qui s'offraient à eux, mais ont tous décidé, suite à cette consultation, d'entamer un deuxième projet d'adoption.

Dans l'ensemble, cette deuxième trajectoire met en lumière un phénomène peu connu (tant du grand public que des intervenants médicaux et des agences d'adoption), soit le chevauchement entre deux types de démarches considérées distinctes. En effet, les types de démarches sous-jacentes à la PMA et à l'adoption sont davantage envisagées dans une succession chronologique (comme c'est le cas dans les trajectoires 1 et 3), que dans un espace-temps conjoint, l'idée dominante étant qu'un couple commence des procédures d'adoption après avoir épuisé les ressources médicales et après avoir fait le deuil de l'enfant biologique. Ce type de trajectoire met d'ailleurs en évidence un parcours amené à prendre de l'importance au cours des prochaines

---

<sup>2</sup> Dans le cas de ce couple (Catherine et Patrice), l'infertilité demeure inexpiquée et ne peut, selon les diagnostics établis par les médecins, être attribuée strictement à l'homme puisqu'en dépit de la perte de ses jambes, ses capacités reproductives demeurent entières. C'est le programme d'assurances de la SAAQ qui a permis au couple d'avoir accès gratuitement à la FIV.

années: considérant la multiplication des options médicales pour les couples infertiles et le financement de trois FIV par couple éprouvant des problèmes d'infertilité, il y a fort à parier que pour s'assurer d'un résultat (enfant), de plus en plus de couples (préalablement ouverts à l'idée d'adopter) entameront des procédures d'adoption avant la fin de leurs traitements médicaux. Une situation à laquelle il faut ajouter d'autres facteurs incitatifs comme l'allongement des délais d'attente en adoption internationale, la fécondité décroissante proportionnellement à l'âge de la femme et de l'homme, ainsi que la banalisation et le caractère de plus en plus commun des nouvelles technologies reproductives dans la population.

Dans une étude réalisée récemment en France, Karpel et al. (2007) ont évalué, auprès de 90 couples en cours d'assistance médicale à la procréation, la place qu'occupait l'adoption pendant les traitements. Les résultats montrent une division quasi parfaite de la population étudiée en deux groupes. Un premier groupe, favorable à l'adoption, représente 51% des participants: il est principalement composé de couples qui prévoient entreprendre leurs démarches d'adoption lorsque les traitements seront finis ou encore de couples qui sont déjà en procédures d'adoption. Le deuxième groupe compte 49% de la population et se compose de couples qui sont définitivement défavorables ou en désaccord avec l'adoption ou encore de couples qui pour le moment n'envisagent pas adopter. Par contre, l'étude démontre que 84% des couples ont déjà abordé la question de l'adoption au sein de leur couple et que 69% « *disent porter un intérêt tout particulier à la question en regardant des émissions sur le sujet, en lisant des ouvrages, en consultant des sites internet ou en discutant avec des enfants adoptés ou des parents adoptifs* » (2009 : 234). L'intérêt principal de cette étude est sans doute d'avoir démontré qu'un peu plus de 25% des couples avaient entrepris des démarches auprès des services d'adoption avant la fin des traitements, une situation qui correspond à la trajectoire décrite ci-dessus et qui démontre l'importance récente de cette tendance. Les auteurs de l'étude postulent que cette initiative peut être entrevue comme une façon de « *lutter contre la passivité de la médecine et contre un corps qui ne répond pas à leurs désirs* », « *de tuer le temps mort, ce temps d'attente insupportable* », « *de refuser que ce soit le médecin qui puisse décider du destin de leur projet d'enfant* » ou encore comme « *un moyen de lutter contre la peur, l'angoisse de ne jamais avoir d'enfant* » (Karpel et al. 2007 : 235).



### 5.1.3 Trajectoire 3 : PMA et adoption : les étapes distinctes d'une suite logique

Dans cette troisième trajectoire, on s'éloigne de l'enchevêtrement caractéristique à la trajectoire 2 et on se trouve davantage devant une logique d'enchaînement. Le parcours des couples est relativement linéaire et le passage entre la PMA et l'adoption apparaît comme une transition relativement tranquille, voire prévisible.

#### Cas type - trajectoire 3 : Christian et Laurence

Christian et Laurence ont tous deux 34 ans et sont en couple depuis 9 ans. Christian est camionneur et Laurence est technicienne en comptabilité. Moins d'un an après leur rencontre, ils ont désiré avoir un enfant, mais leurs essais (naturels) n'ont pas abouti et ils ont choisi de recourir à la procréation médicalement assistée. Avant même le début des procédures médicales, ils avaient fixé à trois le nombre d'essais en IAC qu'ils souhaitaient réaliser et avaient discuté de la possibilité d'adopter. La femme présentant des problèmes d'endométriase et d'ovulation, les trois IAC se sont soldées en échecs. Le couple considérait alors la FIV trop dispendieuse par rapport aux chances de réussite qu'elle offrait et ne voyait alors aucun inconvénient à adopter.

Dès la fin des procédures médicales, le couple a entrepris des démarches d'adoption, une solution qui apparaissait logique et souhaitable pour les deux membres du couple. Ils ont adopté en Chine une petite fille de 9 mois aujourd'hui âgée de 18 mois et souhaitent adopter prochainement un deuxième enfant.

Chez ces couples, l'idée d'adopter, n'est pas entrevue après une série d'échecs ou encore suite à une longue période de réflexion post-PMA; elle est plutôt omniprésente tout au long des démarches en PMA. Dans certains cas, cette possibilité est discutée à l'intérieur du couple avant même la fin du suivi médical alors que dans d'autres cas, on la sait possible et accessible advenant l'échec des essais médicaux, mais on ne l'aborde pas directement avant la fin du processus médical. Dans le cas de Geneviève et Georges (qui ont eu recours deux fois à l'insémination artificielle), l'idée d'adopter a été envisagée dès la fin des traitements en clinique de fertilité, mais le couple a quand même attendu quelques mois avant d'entamer les procédures :

*La deuxième insémination n'a pas fonctionné. C'était fini; on ne voulait pas réessayer, c'était clair. C'est parce que le médecin nous avait dit que souvent, après une fausse couche (la première IAC s'était soldée en fausse-couche), le taux d'hormones de la femme est plus élevé, donc il y a plus de chances que ça fonctionne. C'est pour ça qu'on l'a fait une deuxième fois, on s'est dit : "ok, on va le réessayer", mais ça n'a pas fonctionné. C'est là*

*que je lui en ai parlé d'adoption (au conjoint) et il s'est montré tout de suite ouvert, mais on s'est quand même dit : 'on va attendre un petit peu...'. Donc dans le processus, on a perdu le bébé en avril (fausse-couche suite à la première IAC), on a fait une deuxième insémination en mai-juin et on a décidé officiellement dans le temps des Fêtes d'adopter (Geneviève).*

Dans les cas étudiés à l'intérieur de cette trajectoire, les étapes ne se croisent pas, mais se suivent de manière très rapprochée. Par conséquent, le projet d'adoption, même s'il est la plupart du temps proposé par la femme, est pressenti de manière similaire par les deux membres du couple. L'idée d'adopter n'apparaît donc pas comme une source de tension ou de désaccord dans le couple, mais avant tout comme une option possible et facilement envisageable qui vient logiquement après les essais en médecine reproductive :

*Ça n'a pas fonctionné (les 3 IAC), mais nous autres, l'option (adoption) était déjà là! On voyait que ça ne marchait pas, alors on aurait dit que c'était comme un transit. C'était important quand même d'avoir eu l'impression d'avoir tout essayé pour ne pas dire plus tard, rendu à 45 ans : 'si j'avais essayé, ça aurait peut-être marché, mais on ne le sait pas parce qu'on ne l'a pas fait'. Alors, finalement, ça n'a pas fonctionné et à partir de ce moment-là, quand on a vu que ça ne fonctionnait pas, on s'est dit: 'ok, on va adopter!'*  
(Laurence)

Une fois de plus, l'idée selon laquelle la PMA et les nouveaux modes de reproduction traduiraient automatiquement une valorisation du lien biologique et une quête absolue de l'enfant biologique<sup>3</sup> est mise à mal : certes, les couples de cette trajectoire-type font une incursion dans le monde de la PMA, mais principalement parce que celle-ci est considérée comme une première étape et un premier pas pour résoudre les problèmes d'infertilité chez les couples qui désirent avoir un enfant. Ainsi, ce type de parcours fait moins de l'adoption un choix de deuxième ordre qu'une étape qui vient automatiquement après celle de la PMA. En ce sens, l'idée d'adopter semble moins choisie par défaut que, par exemple, dans la première trajectoire où la concrétisation du projet d'adoption a exigé une longue et souvent pénible réflexion :

F : *À un moment donné, quand on a décidé qu'on arrêtais, j'ai pris les cinq calendriers et on a dit : 'c'est assez, là, ça fait cinq ans!'*

Q: *Durant la période que vous avez passée en démarches médicales, l'adoption était où dans tout ça? Est-ce que vous en parliez?*

F: *On en parlait pas vraiment parce qu'on savait qu'après c'était ça, c'était clair que c'était l'adoption après. Non, on n'en parlait pas. On était dans cette étape-là (PMA) et on s'est dit : 'quand on va avoir fini ça, on va passer à autre chose'. On savait que c'était l'étape suivante. On le savait.*

H : *Tu pars à la base avec la stimulation et tu y vas avec différentes méthodes. Après ça, tu vas en insémination, après in vitro, et l'adoption. Ça, tu le sais que c'est le cheminement.*

<sup>3</sup> Delais de Parseval et Verdier (1994), par exemple, parlent de "comportements d'acharnement procréatif" en désignant la FIV et ses différentes applications

*Dans le fond on s'est dit : "soit qu'on s'en va en in vitro ou on passe direct à l'adoption". Il faut réfléchir : "est-ce qu'on fait l'étape entre les deux (in vitro) ou si on la saute?"*

*F: On est allés prendre l'information pour in vitro et finalement on a dit : "on saute à l'autre" (l'autre étant ici l'adoption) (Edith et Marc-André).*

Dans ce type de trajectoire, les démarches entreprises s'inscrivent dans un parcours qui apparaît logique, fluide et qui ne présente pas de points de rupture ou de grandes remises en question au sein du couple. Évidemment, l'expérience du passage entre la PMA et l'adoption et le caractère fluide de ce parcours sont largement influencés par un positionnement initial d'ouverture à l'adoption qui contribue à rendre plus facile l'acceptation des échecs vécus en clinique de fertilité. À cet égard l'histoire de Zoé et de Brian est significative: le couple a débuté relativement jeunes (mi-vingtaine) ses essais pour avoir un enfant et a par la suite été confronté à plusieurs échecs en clinique de fertilité (plusieurs IAC sur deux ans). Par contre, une partie de ces nombreuses tentatives s'explique par le fait qu'ils ont dû attendre quelques années avant de pouvoir entamer des procédures d'adoption, l'âge minimum exigé des parents adoptifs étant souvent fixé à 30 ans en adoption internationale. Ils ont ainsi été amenés à étirer leur passage en PMA au-delà de leur souhait initial. Par contre, le couple a maintenu une position très ferme à l'égard des limites de leur incursion dans le monde de la médecine reproductive et même s'ils ont eu recours à plusieurs reprises au processus d'insémination ("en attendant" de pouvoir adopter), ils avaient clairement établi, d'un commun accord, qu'ils ne se rendraient pas en fécondation in vitro :

*H: Parce que lui (médecin) disait : "voulez-vous essayer la fécondation in vitro?"*

*F: Moi je trouvais que c'était charcuter un peu... Ça je trouvais ça lourd. L'insémination on l'a fait et ça n'a pas fonctionné. On a fait toutes les démarches, mais je ne suis pas sûre qu'on les aurait faites si on avait eu un pays pour adopter, mais on en n'avait pas. À un moment donné, on continuait, pas parce que ça nous tentait, c'est parce qu'on se disait qu'on avait rien à perdre en attendant de s'inscrire pour la Chine. Parce qu'aussitôt qu'on s'est inscrit pour la Chine, on a tout arrêté ça. [...] Il y en a beaucoup qui vont aller en fécondation in vitro avant d'aller en adoption. Moi si j'avais à choisir entre les deux, c'était sûr que c'était l'adoption. Il y en a pour qui l'adoption c'est le dernier choix; pour nous, ce n'était pas le dernier choix. Pour moi, la fécondation in vitro était le dernier choix. On savait tout ce que ça impliquait et on était écœurés d'être là-dedans parce qu'un moment donné, tu mets ta vie en "stand by".(Brian et Zoé)*

\*\*\*

### Synthèse des trois trajectoires

Si le recours à la PMA apparaît comme une évidence en début de parcours, c'est parce qu'il propose de satisfaire le désir d'enfant des couples concernés et de les inscrire ainsi dans le modèle familial dominant. En effet, malgré la transformation et la multiplication des formes familiales en Occident, il semble que l'idéal de la famille biologique nucléaire conserve « *une puissante influence normative* » (Ragoné 1994 : 346) et qu'en ce sens, il continue d'exercer un pouvoir d'attraction auprès des différents acteurs sociaux : « *la famille nucléaire traditionnelle définie par la biologie et le mariage agit encore comme norme tacite par rapport à laquelle est mesurée la diversité des relations intimes* » (Freeman et Richards 2006 : 79). D'un côté, et ce malgré les nombreux points de rupture entre sexualité, reproduction et parentalité qui la caractérise, la PMA s'inscrit dans une logique de continuité; les nouvelles technologies reproductives apparaissent alors comme des méthodes non-traditionnelles pour en arriver à des fins traditionnelles. Aux yeux des participants, la PMA, particulièrement lorsqu'elle n'implique pas l'intervention d'une tierce partie (donneur), devient une voie d'accès à l'enfant biologique. Le respect de la connexion entre reproduction et apparemment génétique l'emporte sur celui de la connexion entre relation sexuelle et reproduction, les couples se formalisant bien peu du fait que l'enfant puisse être créé en dehors de la sexualité (preuve que le recours à la biotechnologie en matière de reproduction est en voie de devenir banal) : « *Avec la contraception, nous avons appris à penser que la sexualité n'entraîne pas nécessairement la reproduction. Avec la PMA, nous pouvons comprendre que la reproduction ne découle pas obligatoirement de la sexualité* » (Fassin 2002 : 114).

D'un autre côté, si le recours à la PMA est associé à un désir d'enfant biologique et à une valorisation des liens de sang, l'étude des trajectoires des couples nous informe de la complexité de cette association. Au-delà de la valeur accordée aux faits biologiques dans la définition des relations de parenté, divers phénomènes interviennent et concourent à expliquer le choix des couples de se tourner d'abord vers la PMA lorsqu'ils rencontrent des problèmes d'infertilité : d'abord la médicalisation de la maternité déjà présente et qui rend banal le recours à la médecine reproductive en cas de difficultés de conception; ensuite les principes d'autonomie et de responsabilité individuelle qui poussent chacun à aller au bout de ce qu'il entreprend; et puis la

force de l'idéologie du progrès et la foi en la médecine<sup>4</sup> qui participent à l'idée d'une médecine "guérit tout". En quatrième lieu, il est évident également que la lourdeur administrative sous-jacente au processus d'adoption freine plusieurs couples, moins réticents en début de parcours à accepter la lourdeur physique des traitements que la complexité des démarches adoptives.

Dans l'ensemble, l'étude des trajectoires des couples infertiles qui ont pénétré le monde de la PMA avant de se tourner vers l'adoption démontre l'obligation d'être attentif à l'enchevêtrement des facteurs biologiques et sociaux dans les représentations et les définitions des relations de parenté, de l'enfant, de l'adoption ou encore du deuil et du cheminement. Ces discours font apparaître, en aval, les transformations vécues par les couples entre leur désir d'enfant et la concrétisation de leur projet d'adoption. En ce sens, l'étude d'un processus qui s'étire dans le temps oblige également à considérer le caractère flexible de notre système de parenté « *qui de plus en plus se trouve appelé à encadrer la création de liens électifs s'écartant de l'idéal généalogique, lequel continue pourtant d'exercer une contrainte sur certaines pratiques pourtant les moins conformistes* » (Ouellette et Dandurand 2000 : 11). De plus, la façon dont les participants travaillent et manipulent la dichotomie nature-culture en appuyant leurs discours de l'apparemment tantôt sur le pouvoir des liens de sang et de l'engendrement naturel, tantôt sur le pouvoir de la parenté sociale et des liens affectifs, fait écho à la position maintenue par Franklin (2003) qui, dans le contexte des nouvelles génétiques, soutient que la distinction entre les faits sociaux et les faits biologiques ne doit pas être mise de côté, mais plutôt revue dans le but de comprendre les types de connexions et de relations produites. Par conséquent, l'analyse de la dimension culturelle de la reproduction nous montre clairement qu'au-delà des faits de la vie ("facts of life"), il se trouve un ensemble de valeurs collectives et de considérations sociales.

---

<sup>4</sup>Selon Franklin (1997) : « *la foi au progrès est socialement et individuellement incorporée et l'emphase sur le progrès a un caractère déterminant dans le contexte de NTR où l'innovation technologique se trouve unie à la production d'enfant* ».

## 5.2 Le deuil de l'enfant biologique

Le deuil est rarement l'objet d'une réflexion sociologique : certes, l'anthropologie s'est intéressée aux rituels et aux cérémonies funéraires associées au deuil (Nathan 1995; Droz 2003; Guetny et Kareh Tager 2001) mais très peu à la signification sociologique et aux processus sociaux qui le caractérisent. Parallèlement, le deuil est aussi devenu un objet privilégié des sciences psychologiques (psychologie, psychiatrie et psychanalyse) et réfère spontanément à l'expérience émotionnelle et aux effets psychologiques chez un individu confronté à la perte d'un être aimé. Dans le discours général, le deuil est aussi associé au "travail de deuil"<sup>5</sup> et à ses cinq étapes: le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation (Kubler-Ross 2009). Dans cette logique, les endeuillés passeraient donc, de manière plus ou moins linéaire, à travers ces cinq phases. Ces étapes ne se succèdent pas forcément ; elles diffèrent tout en se chevauchant pour, après un certain temps, "boucler" la plus grande partie du processus de deuil.

Par contre, ce schéma typique du deuil chez l'adulte prend peu en compte les processus et les facteurs sociaux qui interviennent aussi à leur façon dans l'acceptation et le renoncement. Selon Déchaux (2001), la notion de "travail du deuil" fait émerger une conception normative du deuil : le modèle "du bon deuil" est celui qui doit être bien mené psychologiquement et qui s'oppose au "deuil pathologique". À l'instar de Déchaux (2001), Baudry et Jeudy (2001) critiquent eux aussi cette notion de "travail de deuil" et jugent naïve l'idée selon laquelle le deuil serait une affaire de gestion individuelle et dépendrait de « *représentations privées, intimes auxquelles la culture n'aurait pas accès. L'erreur est de penser que le deuil, affaire individuelle et individualisée, puisse être étanche à la vie sociale* » (2001 : 17). Dans une étude au cours de laquelle elle s'est intéressée aux nouvelles formes de régulation sociale du deuil, la sociologue Roudaut (2005) propose une définition du deuil qui tient compte des représentations symboliques qui lui sont liées ainsi que de son inscription dans le parcours biographique d'un individu : « *le deuil est à la fois ce qui désorganise et réorganise les rapports et les ajustements d'une personne "à la société", à son environnement, plus précisément dans ses insertions immédiates que sont la famille, le travail, les amis, les relations publiques, et à soi. [...]* Le deuil constitue un

---

<sup>5</sup> Les psychologues et psychanalystes attribuent généralement la notion de "travail de deuil" à Freud qui dans "Deuil et mélancolie" (1915), présente celui-ci comme un processus intrapsychique consécutif à la perte d'un être cher ou d'une abstraction mise à sa place. Le travail de deuil est considéré lent et difficile; il met en œuvre un processus interne de renoncement échelonné et douloureux.

*phénomène social avec ses logiques propres, mais également ce qui advient dans une trajectoire biographique* » (Roudaut 2005 : 19). Selon l'auteur, le deuil ne se borne pas au rituel ou à la psychologie; il implique une évolution et une transformation des formes de régulation sociale des tensions et des émotions contenues dans le deuil et la mort (2005 : 22).

### **5.2.1 L'évaluation psychosociale et la mesure du deuil**

Au Québec, toute personne qui souhaite adopter un enfant doit faire l'objet d'une évaluation psychosociale<sup>6</sup>. Cette évaluation est exigée par le *Code civil du Québec* et ses conditions d'application sont définies par la *Loi sur la protection de la jeunesse*. L'évaluation psychosociale prend la forme d'une rencontre de plusieurs heures entre les potentiels parents adoptifs et la psychologue (ou la travailleuse sociale). Au cours de cette rencontre, la professionnelle désignée doit analyser différents aspects de la personnalité, de la vie de couple et des relations sociales des conjoints et évaluer s'ils sont aptes, dans l'ensemble, à entreprendre un projet d'adoption. Selon le Secrétariat à l'adoption internationale (SAI), l'évaluation psychosociale « *permet aux autorités responsables de l'adoption du Québec et des pays d'origine des enfants de s'assurer que l'adoption est réalisée dans l'intérêt supérieur de ceux-ci par des parents considérés qualifiés et aptes à l'accueillir [...] L'objectif poursuivi par l'évaluateur consiste à donner son appréciation de la capacité parentale des postulants à l'adoption internationale* »<sup>7</sup>. Lors de cette évaluation psychosociale, les couples sont amenés à discuter, entre autres, de leur renonciation à l'enfant biologique. C'est ce que les psychologues et travailleurs sociaux appellent le deuil de l'enfant biologique ou encore le deuil de la fertilité. C. Delannoy (2004), auteur du livre *Au risque de l'adoption : une vie à construire ensemble*, résume ainsi le deuil de l'enfant biologique et la pertinence d'en tenir compte dans le cadre de l'évaluation psychosociale: « *La démarche du psychologue vise aussi à accompagner un travail de deuil. Quelquefois, rarement, le deuil d'un enfant biologique réel, décédé, deuil qui doit être fait avant l'accueil de l'enfant adopté; plus fréquemment, le deuil de tout enfant biologique. L'enfant adopté doit avoir une place à lui, et non se loger à la place de l'enfant biologique perdu ou rêvé* » (Delannoy 2004 : 104). Ainsi en

<sup>6</sup> En France, la même démarche est plutôt appelée *demande* ou *procédure d'agrément*: par contre, les critères d'évaluation et la forme que prennent les entretiens sont sensiblement les mêmes (voir Lacombe 2006).

<sup>7</sup> ([http://www.adoption.gouv.qc.ca/site/fr\\_demarches\\_evaluation\\_psychosociale.phtml](http://www.adoption.gouv.qc.ca/site/fr_demarches_evaluation_psychosociale.phtml))

contexte adoptif, le deuil ne s'applique pas à la mort d'un être cher, mais plutôt à une renonciation du désir de procréer et à la perte de fertilité. En ce sens, il réfère davantage à ce que la psychanalyste J. Viorst appelle un "renoncement nécessaire": « *Quand on parle de deuil, c'est à la mort d'êtres chers qu'on pense. Mais le deuil est, dans notre vie, un thème bien plus vaste. On ne perd pas seulement dans la mort, mais aussi dans le départ ou l'abandon, dans le changement, la renonciation et la progression* » (2003 : 10). Le deuil demeure donc étroitement associé à la perte et dans ce cas-ci, il réfère à la nécessité pour les parents adoptifs de ne pas entrevoir l'enfant adopté comme un "remplaçant" de l'enfant biologique désiré, mais avant tout comme un enfant ayant une histoire et des particularités qui lui sont propres: « *Le deuil est toujours une répétition car il ne renvoie pas nécessairement à la mort mais également à la perte, expérience que chacun fait depuis le plus jeune âge. C'est en ce sens que la souffrance des patientes infertiles rappelle celle des personnes en deuil. L'infertilité, en tant que "perte de procréation"* vient inscrire une discontinuité dans le cours de l'histoire personnelle et familiale du sujet » (Cailleau 2005: 149).

Il s'agit donc pour les couples non seulement d'avoir accepté leur infertilité et d'avoir cessé d'espérer la venue d'un potentiel enfant biologique, mais également, d'un point de vue technique, d'avoir renoncé à toute démarche médicale qui irait en ce sens. Dans les critères de base de la grille d'évaluation psychosociale<sup>8</sup>, la situation relative à l'infertilité est traitée dans le 2<sup>ième</sup> volet, celui intitulé "Histoire personnelle du postulant et aptitudes parentales" et plus précisément sous l'onglet "Évolution de la relation conjugale": l'intervenante sociale s'intéresse alors aux problèmes de fertilité vécus par le couple et aux conséquences personnelles et conjugales de ceux-ci, « *afin de vérifier la disponibilité psychologique du couple à accueillir un enfant non issu d'eux* » (De Blois 2008). Ainsi, chez les psychologues et psychanalystes, l'importance accordée au deuil de l'enfant biologique chez les couples infertiles repose principalement sur la nécessité d'être pleinement prédisposé à la venue de l'enfant adopté : « *le deuil de la grossesse, de l'enfant narcissique et de l'enfant du père apparaît comme un travail à entreprendre pour que le deuil de son désir d'enfant puisse basculer pour laisser l'enfant réel s'introduire là où l'enfant imaginaire avait tendance à occuper toute la place* » (Hamad 2004 : 38).

---

<sup>8</sup> Voir annexe 5 : Grille d'évaluation psychosociale. Critères de base.



Le deuil de l'enfant biologique, au même titre par exemple que les capacités parentales, demeure difficile à évaluer, d'autant plus que certains couples, comme nous l'avons vu précédemment, entreprennent des démarches d'adoption alors qu'ils se trouvent toujours en traitements de fertilité. À ce titre, Epelboin (2001), elle-même praticienne en centre de procréation médicalement assistée, souligne la divergence d'opinion quant au deuil de l'enfant biologique entre les praticiens et les intervenants sociaux qui encadrent les demandes d'adoption : « *S'il est vrai que certains couples ne souhaitent pas ou ne sont pas capables de mener ces deux démarches en parallèle, ceci ne l'est pas chez d'autres qui ne trouvent pas illogique ou contradictoire d'engager une démarche d'adoption, connue pour sa longueur, tout en conservant un espoir immédiat de grossesse, si minime soit-il* » (Epelboin 2001 : 107). Ainsi le concept de deuil de l'enfant biologique demeure hautement controversé. De son côté, Veuillet (2001), psychologue clinicienne auprès des parents en démarches d'adoption, considère que le fait « *de se porter candidat à l'adoption ne signe pas nécessairement le deuil de l'enfant biologique, mais plutôt celui de la thérapie médicale. La démarche d'adoption apparaît souvent comme la volonté d'instituer le simulacre d'une filiation naturelle comme une "thérapie sociale et juridique" qui vient porter remède au symptôme généré par le manque d'enfant* » (2001 : 96). Mais le contraire est tout aussi vrai : certains couples peuvent poursuivre leurs démarches médicales tout en ayant déjà commencé les procédures d'adoption et avoir accepté l'idée qu'ils n'auront peut-être jamais d'enfant biologique. Les parents eux-mêmes ne s'entendent ni sur la définition à donner, ni sur la valeur à accorder au concept de "deuil de l'enfant biologique", certains allant même jusqu'à en nier la pertinence :

*Dans un sens, ça fait plaisir au psychologue quand on répond que "oui on a fait le deuil de l'enfant biologique" parce que c'est ce qu'ils veulent entendre! Je le sais là! Mais je ne vois pas comment je ferais un deuil de quelque chose que je ne connais pas! Je ne l'ai pas senti comme un deuil. Un deuil, c'est quand tu as eu quelque chose et que tu le perds : tu as connu des émotions et des sentiments avec quelqu'un ou... pour moi un deuil, c'est quelque chose comme ça. [...] Il faut avoir connu quelque chose pour faire le deuil de cette chose-là. Si tu ne l'as pas connue, comment veux-tu que se soit un deuil? C'est plus une acceptation... en tout cas, moi je le vois de même (Laurence).*

Dans tout ce qui entoure le passage entre la PMA et l'adoption, la question du deuil est pertinente dans la mesure où elle permet de situer la position des couples en regard de leur désir d'enfant

biologique<sup>9</sup> et de leur désir d'adopter. Souvent enclins à insister sur l'insignifiance des liens biologiques et, inversement, sur la valeur de l'électivité dans les liens familiaux, les couples qui se voient questionnés sur la notion de deuil de l'enfant biologique se trouvent alors devant l'obligation de revenir dans le passé et d'expliquer leur désir d'enfant et l'évolution de celui-ci. Du coup, cela donne également un aperçu de la pluralité des façons d'aborder cette étape dite de deuil, une étape connue de tous, mais difficile à définir et à situer dans l'ensemble du parcours qui mène vers l'adoption.

### 5.2.2 Au-delà de l'enfant biologique : la dimension biologique

Dans certains cas, le deuil, même s'il ne réfère pas directement à l'enfant biologique, demeure tout de même dans son essence associé à des composantes biologiques: une déviation dans les expressions et les mots utilisés qui s'explique sans doute par le fait que cet "enfant" n'a finalement jamais existé, malgré le désir du couple de voir son arrivée se concrétiser. Les propos de Lionel et Jérôme (ci-dessous) sont sans doute ceux qui réfèrent le plus directement à l'idée que le lien biologique entre parent et enfant est porteur d'une plus grande proximité et d'une appartenance spontanée :

Q: Et dans le deuil, de quoi on fait le deuil exactement?

F: *Moi c'était plus la grossesse, je te dirais...*

H: *Moi ça devait être le lien de sang... Ça pouvait pas être la grossesse (rires)... je pense que c'est ça: c'est un peu le lien de sang. Je ne sais pas pour la grossesse, je ne peux pas parler de ça, mais peut-être de dire "c'est MON enfant". (Jérôme et Annie)*

*Mais c'est sûr que inconsciemment, ça doit nous faire quelque chose; on a des couples d'amis qui ont eu des enfants, il y en a qui sont rendus à 4, ça fait quelque chose. J'aurais aimé ça moi aussi dire : "c'est MON bébé". Mais je me promène avec mes filles, c'est MES filles, ça n'empêche pas. Mais il y a un petit pincement, mais ce n'est pas grave, je n'en ferai pas... Si j'en parle, ça me fait un petit pincement, mais pas plus que ça. (Lionel)*

L'insistance portée sur l'adjectif "mon" ("mon enfant", "mon bébé") reste révélateur de la valeur accordée aux liens de sang, du moins initialement (avant l'adoption) en ce qui concerne ces pères adoptifs. Par contre, les références aussi directes à la valeur accordée au lien biologique et plus particulièrement à l'enfant biologique dans les questions relatives au deuil sont plutôt rares et les autres fois où la dimension biologique est soulevée, il s'agit la plupart du temps de

---

<sup>9</sup> Les participants n'utilisent pas toujours d'emblée l'expression "enfant biologique" pour parler de l'enfant issu des deux membres du couple : les expressions "enfant naturel" et "enfant de nous deux" sont aussi fréquemment utilisées.

femmes référant au processus d'enfantement. Ainsi, sans parler "d'enfant biologique", plusieurs femmes vont plutôt référer à la grossesse ou encore à l'allaitement, des éléments qui s'inscrivent tout de même à l'intérieur de l'espace biologique même s'ils ne sont pas directement présentés sous l'angle de l'enfant biologique :

F: *Pour une femme, faire le deuil de sa fertilité ce n'est pas facile, parce que moi j'avais un deuil à faire d'un enfant que je porte là. Les filles il y a peut-être la dimension "porter l'enfant" alors qu'un homme, lui le porte jamais de toute façon. Comme par exemple, je n'ai pas pu allaiter, ça j'aurais aimé ça. Ça, tu vois, c'est une expérience que je me dis que je ne pourrai jamais vivre. Mais ça finit par s'accepter ; moi maintenant, je pense que le deuil il est à peu près complété et...*

H: *Tu dis "à peu près complété", il n'est pas complété? (le mari semble perplexe)*

F: *Bin je me laisse toujours une porte, faut jamais dire que tout est fini (Josée)*

Q: *Qu'est-ce qui fait que toi t'as voulu persévérer plus (je m'adresse à la femme en ciblant le fait que c'est surtout elle qui voulait faire une 2<sup>ème</sup> FIV)? L'idée d'avoir un enfant qui t'était lié biologiquement, c'était plus important?*

F: *C'était de le porter, je ne sais pas, je voulais le porter. Quand tu es une femme, tu as le goût d'avoir un enfant et de vivre une grossesse; je ne sais pas, j'avais le goût de ça... c'était important, je ne sais pas pourquoi. Mais c'est comme un deuil. Quand tu vis un deuil, tu passes des étapes. Quand tu fais des traitements comme ça, c'est des deuils que tu vis (Catherine).*

Dans un cas particulièrement intéressant où la composante biologique est mise en avant-scène, une femme raconte comment le fait d'assister à l'accouchement de sa sœur a servi à consolider son deuil et à dresser avec conviction une équivalence entre la valeur du lien adoptif et du lien biologique :

*J'ai assisté à l'accouchement d'une de mes sœurs entre mes deux filles (entre les deux adoptions). Elle m'avait invitée à y aller parce que c'est moi la marraine de son garçon. Et je n'étais pas sûre que je voulais ça, je me disais : "est-ce que ça va réveiller des choses en-dedans de moi que je ne veux pas?" Et là, un moment donné, quand j'étais sur place, elle a pris son bébé qui pleurait à fendre l'air et elle lui a dit : "pleure pas Mathieu, maman est là pour toujours maintenant". J'avais dit la même chose à ma fille. Et là je me suis dit : "tu vois, c'est parfaitement pareil". La seule différence c'est qu'elle, il est sorti de son ventre, mais c'est pareil, pareil. Alors, pour moi ça a fait le contraire de ce que j'avais peur que ça fasse, ça a vraiment bouclé la boucle (Geneviève).*

L'accouchement incarne la dimension biologique de l'apparentement et dans le cas de Geneviève, le fait d'assister à celui de sa propre sœur constitue un passage hautement symbolique au cours duquel la proximité de la dimension biologique de l'enfantement, au lieu de lui rappeler sa propre incapacité à enfanter, lui sert plutôt à réaffirmer la valeur et surtout l'équivalence du lien adoptif, la confortant ainsi dans son rôle de parent adoptif. Dans l'ensemble, les femmes sont

nombreuses à mentionner le désir initial qu'elles avaient de porter un enfant ainsi que la tristesse issue de l'infertilité et donc de l'impossibilité de pouvoir donner naissance. Cette question a été abordée dans la section 4.2.4-b) intitulée "Infertilité et conjugalité", mais il semble tout de même intéressant de voir comment cette dimension de l'infertilité peut être appréhendée en terme de "deuil". À plusieurs égards, le deuil de l'enfant biologique pour les femmes s'incarne sous l'angle de la renonciation obligée à la grossesse et plus largement à l'enfantement, alors que pour les hommes, il se situe principalement dans l'espace reproductif et touche davantage à la rupture de la continuité génétique. Outre les différences hommes-femmes, la question du deuil se pose différemment aussi selon lequel des deux membres est responsable de l'infertilité du couple. Par exemple, Karlel et al. (2007) soulignent qu'adopter ne signifie pas seulement renoncer à l'enfant biologique, mais accepter son incapacité à procréer dans le couple : *« faire le deuil de sa faculté procréatrice ne se fait pas de la même façon pour le membre fertile et le membre infertile du couple [...] Pour adopter, le membre stérile doit dépasser sa culpabilité d'imposer sa stérilité au couple et le membre fertile doit dépasser sa rancune de se voir imposer une infécondité qui pourrait se résoudre avec un autre partenaire »* (2007 : 236-237).

### 5.2.3 Relativiser le deuil de l'enfant biologique

La notion de deuil de l'enfant biologique, loin de faire l'unanimité et d'être comprise, expliquée et vécue de façon uniforme et partagée, demeure étrangère à certains participants qui ne se reconnaissent pas dans l'exigence posée par les services sociaux relativement au deuil de l'enfant biologique. Ces participants insistent sur le fait que le désir d'adopter n'est pas invariablement précédé du deuil d'un enfant biologique: *« On ne fait pas le deuil d'un enfant biologique. Mais... ça dépend, ça dépend à quel niveau peut-être. Moi je pense qu'on n'a jamais eu à le faire parce qu'on avait le projet d'adoption. Mais c'est vrai qu'il y a des couples qui veulent tellement avoir un enfant biologique que pour eux oui, il faut qu'ils fassent le deuil. S'ils vont à l'adoption quasiment de reculons, oui, eux autres il faut qu'ils fassent le deuil de l'enfant biologique, mais moi je ne peux pas dire... moi je n'ai pas fait le deuil d'un enfant biologique, je ne l'ai jamais fait »* (Cassandra). Pour Cassandra, le deuil de l'enfant biologique doit nécessairement être précédé d'un fort désir d'enfant biologique, une situation qui n'est pas applicable à tous les parents adoptifs, dont certains, malgré des démarches entreprises en clinique d'infertilité, passent

aisément du projet d'enfant biologique au projet d'enfant adopté. C'est le cas par exemple de quelques couples qui ont entrepris leurs démarches d'adoption alors qu'ils étaient toujours impliqués dans des procédures médicales (trajectoire 2). La notion de deuil de l'enfant biologique et l'importance que leur accordent les intervenants et professionnels du milieu adoptif (Chicoine, Germain et Lemieux 2003; De Blois 2008; Hamad 2004; Brinich 1990) se trouvent alors ébranlées, d'autant plus que le supposé deuil est posé comme condition préalable à tout projet d'adoption :

Q: Est-ce que tu es d'accord avec l'idée qu'il faut faire le deuil de l'enfant biologique avant d'adopter?

F: (Elle hésite longuement) *Bin... j'essaie de repenser...(silence), peut-être un peu, mais comme nous autres, on était un peu dans les deux en même temps, c'est comme eh...une déception, c'est sûr, parce que je pense que tout être humain veut se reproduire et avoir... dans notre cas, c'était une déception, mais un deuil, c'est difficile à dire, et un deuil, c'est bien relatif aussi. Non, moi je n'irais pas jusqu'à dire un deuil; une déception que ça n'ait pas marché, mais... je n'ai pas eu à faire un deuil. C'est passé assez facilement, probablement parce qu'on était dans les deux en même temps et... mais c'est sûr que c'est décevant parce que tu veux que ça marche.*

[...]

Q: Mais la psychologue (au moment de l'évaluation psychosociale), elle n'a pas accroché sur le fait que vous étiez encore en processus médical?

F: *Au moment de notre évaluation psychosociale, on était entre les deux FIV, parce que tu fais ton évaluation psychosociale quand tu commences à préparer ton dossier d'adoption, fait que... non, on n'a pas parlé de ça. Elle nous a demandé si on prenait des précautions pour ne pas que je tombe enceinte et... on a dit : 'non, on verra si ça arrive'. De toute façon elle... si ça arrive, c'est à nous à prendre une décision à ce moment-là. (Sylviane)*

Au même titre que les quelques couples qui ont adopté sans diagnostic d'infertilité au préalable ou sans entreprendre de démarches en milieu clinique, les couples dont les procédures médicales et adoptives se sont chevauchées sont ceux dont le projet d'adoption est déjà relativement bien établi au sein du couple et ceux dont le désir d'enfant l'emporte sur le désir d'établir une filiation biologique. La plupart de ces couples étaient d'ailleurs ouverts, dès le départ, à la possibilité d'avoir un enfant adopté ET un enfant biologique, l'idée étant d'abord de maximiser leurs chances d'avoir un enfant dans des délais raisonnables. Dans le cas d'Odile, les procédures médicales et les démarches d'adoption ne se sont pas chevauchées, mais les propos qu'elle tient vont dans le même sens que ceux exprimés par Sylviane qui ne voyait aucune contradiction au fait de désirer simultanément un enfant biologique et un enfant adopté :

*Moi enfanter, j'aurais tellement aimé ça! Moi, je suis la dernière d'une famille de 14 enfants. Ma mère a eu 14 enfants et mes sœurs ont toutes eu des bébés, mes 8 autres sœurs. Alors, un bébé je savais c'était quoi et je voulais vraiment enfanter. Ça a été très difficile, très dur.*

*Mais une fois qu'on s'est tournés vers l'adoption, c'était un peu moins dur, mais j'aurais quand même aimé ça après, tomber enceinte. J'aurais été super contente de tomber enceinte! Moi, je l'ai souhaité grandement après, mais pas de la même façon non plus. Je ne pleurais plus parce que j'étais déjà mère, j'étais comblée là. Ça n'enlève rien à l'enfant qui est présent ou que tu vas adopter, le fait que tu souhaites encore peut-être avoir un enfant. Tu n'es pas obligé d'avoir fait un deuil de l'enfant biologique, mais il faut que tu aies vraiment le goût d'adopter, ça oui. Il faut vraiment que tu aies le goût d'adopter, que tu sois sûr de cela! (Odile).*

Au même titre que plusieurs couples, Odile insiste sur l'importance d'être prêt pour un projet d'adoption, une attitude qui selon elle n'est pas invariablement liée au deuil de l'enfant biologique, puisqu'un couple peut désirer avoir un enfant biologique et un enfant adopté. Dans les cas où la priorité est accordée au fait d'avoir un enfant (dans le sens large), la PMA et l'adoption sont entrevues comme des ressources disponibles d'accès à l'enfant, et c'est pourquoi ces participants vont davantage parler de déception que de deuil : l'échec en PMA est vécu comme une déception dans la mesure où elle laisse insatisfait le désir d'enfant du couple. Vu sous cet angle, le deuil de l'enfant biologique devient alors plus difficile à définir et à situer dans le parcours conjugal. Par exemple, si Félicia hésite à parler de deuil de l'enfant biologique, elle constate tout de même que leur fort désir d'adopter un deuxième enfant, alors qu'ils auraient très bien pu retourner en PMA et réessayer la FIV, témoigne d'une acceptation au sein du couple de la situation d'infertilité:

*F : Comme en ce moment, je pourrais essayer de retomber enceinte au lieu d'adopter, mais on veut vraiment vraiment adopter, alors si ça me manquait tant que ça, je ne peux pas croire...*

*Q: Mais dirais-tu que t'as eu un deuil quand même à faire?*

*F: Ouin, tout le monde parle de ça et quand la psychologue est venue, elle a écrit ça sur son rapport : "ils ont fait leur deuil" et moi j'étais comme "en! Deuil?!" (H&F : rires)*

*H: C'est parce que la manière que c'est arrivé... bin premièrement, la semaine où on attendait la réponse pour in vitro (pour savoir si l'implantation des embryons était un succès), cette semaine-là, vu qu'elle commençait à saigner un peu, moi je faisais mon "tough" et je lui disais : "ça se peut que ça marche quand même", mais on savait qu'on s'en allait vers une réponse négative. Et je te le dis là, je m'en souviens très bien; quand l'appel de la clinique est rentré, j'ai raccroché, je lui ai dit : "bon bin ça n'a pas marché". On n'a pas pleuré, on a sorti les papiers d'adoption et...*

*F: Ça, c'est nous là! On a appelé Anna pour lui dire qu'on était prêts. On s'est assis et on a sorti les papiers d'adoption.*

*H: Fait que c'est comme s'il n'y avait pas eu de deuil; ça n'a pas marché et on a trouvé une autre façon de le faire (avoir un enfant).*

*F: Mais il faut aussi comprendre que tout ça, ça a duré quatre ans; fait que peut-être que petit à petit je me suis fait une raison, j'en n'ai aucune idée... ou peut-être que je suis une personne qui...je ne sais pas qu'est-ce que ça va me prendre pour vivre un drame? Mais ça (échec FIV), pour moi, ça n'a pas été... je n'ai pas pleuré, je n'ai pas eh... Je n'ai aucune idée comment expliquer ça, mais c'est ça. Je pense que ça a pris beaucoup de temps tout ça,*

*fait que j'ai dû me faire une raison, j'ai dû accepter tranquillement pas vite, mais je me souviens quand même que la fin de semaine qu'on a fait in vitro, je voulais que ça marche et je me souviens qu'au début, quand j'ai commencé à saigner, j'étais frustrée. Je ne pleurais pas, mais je ne sautais pas de joie et dans ma tête je me disais : 'bon ça ne fonctionnera pas, encore une fois ça ne fonctionne pas', mais sans plus. (Pascal et Félicia)*

De prime abord, Félicia et Pascal se sentent peu interpellés par la notion de deuil de l'enfant biologique. Puis Félicia soulève une dimension pertinente concernant l'acceptation de l'infertilité, soit celle du temps passé à essayer d'avoir un enfant (naturellement ou via l'aide médicale); une période qui s'est étirée sur environ quatre ans, qui a été ponctuée d'échecs et qui, à elle seule, a forcé l'acceptation d'une situation non-choisie. La même logique est partagée par Robert qui considère lui aussi que l'accumulation d'échecs et de déceptions ainsi que le passage en PMA (le couple a eu recours à deux inséminations avec donneur de sperme) contribuent, dans un premier temps, à mettre en évidence les problèmes d'infertilité du couple et, dans un deuxième temps, à consolider au sein de celui-ci l'idée qu'ils n'auront pas d'enfant biologique :

Q: Est-ce que vous êtes d'accord avec l'idée qu'avant d'adopter, il faut d'abord faire le deuil de l'enfant biologique?

F: *Peut-être plus mon chum (celui-ci parle avec sa fille et suit plus ou moins la discussion). Je dis mon chum parce que je pense que oui. Robert, est un gars très très "famille" en partant. De procréer, lui c'était vraiment important dans sa vie je pense... je fais attention un peu ici là (la petite est proche)... je pense que c'était très très important à ses yeux et moi aussi, mais pour moi ce qui était surtout important c'était d'avoir un enfant, pas nécessairement... la grossesse, oui, c'est quelque chose que j'aurais aimé, mais je n'ai pas eu de misère à faire le deuil.*

H: *Moi ça m'a pris au moins trois ans, je pense. Au moins trois ans où ça a été un gros bouleversement. C'est le temps qui m'a fait accepter que... dans le fond, l'histoire de la clinique, ça m'a peut-être permis d'accéder à ce... d'assimiler ça, parce qu'au début, je me disais "tant qu'à en avoir un, au moins il viendra un peu d'elle" (d'où la motivation d'avoir recours à l'IAD). Déjà, ça me permettait de tempérer ça un peu. (Robert et Martine)*

Même si cela n'est pas formulé clairement, il y a bel et bien chez Robert existence d'un deuil de l'enfant biologique qui dans ce cas-ci s'incarne dans le fait que Robert souhaitait avoir recours à l'IAD parce que cette technique permettait que l'enfant à naître puisse au moins être issu biologiquement de sa conjointe. Un point de vue qui exprime son attachement initial aux liens biologiques d'apparement. Les propos de Robert témoignent également des transformations identitaires concomitantes au passage en procréation assistée, passage au cours duquel les représentations des acteurs en regard de l'infertilité et de la reproduction se modifient. À ce titre, Lundin (2001) qui s'est intéressé d'un point de vue anthropologique au processus de construction d'idées normatives relatives au genre et à la famille dans les cliniques de médecine reproductive,

souligne lui aussi comment le passage en clinique de fertilité intervient dans les préconceptions des acteurs: « *La consultation clinique constitue la première étape d'un traitement qui, les parents l'espèrent, résultera en grossesse. En même temps, le couple débute un autre voyage dans lequel leurs plus profondes préconceptions au sujet de la parentalité et de l'identité se heurtent aux pratiques culturelles et médicales. Ils ne font pas que subir le traitement médical, mais aussi un processus formatif de l'identité et du genre* » (Lundin 2001 : 140).

Le deuil de l'enfant biologique s'applique donc à certains couples, particulièrement ceux qui ont attendu plusieurs mois ou plusieurs années avant d'adopter. C'est le cas de Dominic et France dont l'histoire se divise en une série de séquences entrecroisées : après avoir rencontré des problèmes d'infertilité et s'être pliés à de nombreux essais en IAC, ils ont ensuite adopté leur premier enfant. Par la suite, ils sont retournés en milieu médical pour refaire le bilan de leur situation et comme l'état de leur infertilité ne présentait aucune amélioration et qu'ils ne souhaitaient pas faire de FIV, ils ont finalement choisi d'adopter une deuxième fois :

*Nous avons senti que nous étions prêts (à adopter) et qu'il n'y avait pas d'autre alternative; c'est dans ce sens-là que le deuil est fait. Je ne pense pas qu'il est fait totalement jamais! Ça c'est clair pour moi! On y pense un peu: qu'est-ce que ça aurait été si...? L'acceptation est faite, et voilà, on le sait qu'on en n'aura pas et ça s'arrête là, même si tu te dis que ça aurait été le fun, même si tu te demandes qu'est-ce que ça aurait été si nous en avions eu un naturellement. Ça, ça demeure tout le temps, mais l'acceptation est faite. C'est ça qui t'amène à prendre la décision d'adopter car pour nous, c'était la meilleure solution. Je pense que c'est la preuve qu'une partie du deuil est faite, du moins la partie importante qui t'amène justement à l'étape suivante. Ça c'est clair pour moi. Mais tu continues malgré tout à te demander qu'est-ce que ça aurait été ta vie avec un enfant biologique. (Dominic)*

Pour ce couple, comme pour quelques autres, l'adoption est effectivement la solution envisagée en dernier recours et comme cette décision a exigé une longue réflexion et de profondes remises en questions, il semble justifié de parler de "deuil de l'enfant biologique". Selon Charles, qui a d'ailleurs mis plusieurs années avant d'être prêt à entreprendre un projet d'adoption, le couple doit nécessairement avoir fait le deuil d'une conception naturelle avant d'entreprendre des démarches en adoption : « *Tu ne peux pas partir sur l'idée d'adopter un enfant et avoir encore l'idée que tu vas concevoir. Il faut que tu fasses un deuil, de un ou l'autre. C'est sûr que tu peux par après, réessayer, mais au moins, quand tu vas adopter, il faut que tu décroches d'un bord un peu, parce que t'arrives avec un enfant. Si tu commences à focusser sur : "ouin il n'est pas naturel", ce n'est pas sain ni pour le couple ni pour l'enfant que t'as adopté* » (Charles). Ainsi,



les couples qui entrent dans la PMA et l'adoption comme deux étapes totalement distinctes et qui ont eux-mêmes attendu un long moment avant de passer de l'un à l'autre sont plus enclins à mentionner l'existence du deuil et à lui accorder un rôle essentiel dans leur parcours vers l'adoption:

*Je suis tellement convaincu qu'il faut que tu aies fait ce cheminement-là. Il n'aurait pas fallu, par exemple, qu'on embarque dans le processus d'adoption en même temps qu'on était à la clinique à Québec. Je ne veux pas juger ceux qui le font, mais moi je n'aurais pas été capable de faire ça. Je n'aurais pas été capable. Parce qu'il me semble que ce n'était pas clair dans ma tête. Il fallait que je règle la première partie avant d'embarquer dans la deuxième. Et quand on a décidé : "on n'en fait plus de ça (des IAC)", il a fallu quelques mois et après on s'est dit : "o.k. on embarque dans celle-là (adoption)". Moi après ça, ça a été clair et je n'ai jamais regardé en arrière. Et aujourd'hui, ce n'est pas une préoccupation qu'elles soient de mon sang ou non: c'est mes filles! Mais je demeure convaincu qu'il faut que tu aies fait ce deuil-là. (Jérôme)*

Bref, le deuil de l'enfant biologique est une notion qui mérite d'être analysée et relativisée : non seulement les individus n'accordent pas la même valeur initiale à l'établissement d'une filiation biologique, mais ils réagissent différemment aux échecs de conception et aux éventualités et défis que ceux-ci supposent. Cette idée est d'ailleurs bien rendue par Marc-André qui souligne que la valeur accordée à l'enfant biologique peut se transformer au fil des événements et que cela "dépend de la paire de lunettes que tu mets" :

*H: La question, faut que tu te la poses : ce ne sera pas, entre guillemets, mon enfant biologique, mais ça dépend de l'importance que tu donnes à ça. Moi c'est de même que je le vois.*

*Q: Toi tu considères que dès le début, ce n'était pas quelque chose à quoi tu accordais de l'importance qu'il y ait un lien de sang avec ton enfant ?*

*H: Tu en accordes une, mais tu mets ça en perspective et tu te dis: "ben, ce n'est pas si important que ça". Si tu en donnes une importance, si tu veux qu'il soit de toi, ça peut en prendre une grande importance, mais si tu te dis "oui, j'aurais aimé ça, mais ce n'est pas la fin du monde de..." Ça dépend toujours de la paire de lunettes que tu mets. (Marc-André)*

#### **5.2.4 Le deuil: un cheminement plus qu'un résultat**

Difficile à mesurer, à quantifier et même à situer dans la trajectoire des couples, le deuil de l'enfant biologique demeure un concept fuyant pour plusieurs participants qui préfèrent plutôt parler de cheminement et d'acceptation, des notions qui semblent correspondre davantage au vécu des participants que celle de deuil de l'enfant biologique. En effet, aux yeux de plusieurs couples, les termes d'acceptation et de cheminement sont représentatifs du vécu qui caractérise leur passage entre la PMA et l'adoption. Par contre, les étapes proposées par le

“travail de deuil” pourraient s’avérer pertinentes dans certains cas pour comprendre le dit cheminement des couples. C’est le cas de Mathilde et d’Antoine qui ont choisi d’adopter après plusieurs années d’essai et deux échecs en fécondation in vitro :

*Il fallait passer toutes les étapes pour arriver à prendre conscience que ça ne marcherait pas. Mais ce n’est pas un deuil, c’est plus des démarches qui font que t’en arrives là dans ton cheminement. Nous autres, on a toujours été un couple positif : j’avais mes menstruations, un mois et l’autre mois -parce que j’ai eu aussi des inséminations-, on se disait : “Bon le prochain mois ça va marcher! L’autre mois ça va marcher”. Jamais moi j’ai braillé pour ça; ça me faisait de la peine quand les menstruations partaient, mais on y pensait une journée de temps et après ça on se disait : “regarde, la vie continue”. (Mathilde)*

Si le deuil comme tel est difficile à situer dans les trajectoires des couples, c’est aussi parce qu’il se présente souvent comme un cheminement fait de plusieurs deuils : il y a un premier deuil, souvent oublié, qui est celui de ne pas pouvoir enfanter sans intervention extérieure (étape pré-PMA), une situation vécue difficilement par certains couples déçus de constater non seulement leur incapacité à enfanter naturellement, mais également l’obligation d’avoir à faire appel à la médecine. Dans un deuxième temps, les échecs successifs en PMA font eux aussi partie de ce cheminement, d’autant plus que cette période s’étire souvent sur plusieurs mois, voire même quelques années. Ainsi, au fil du temps, les deuils s’accumulent et le résultat est peut-être davantage une acceptation de la situation qu’un deuil de l’enfant biologique :

*Je pense qu’il faut que tu acceptes que c’est une autre façon de penser, une autre façon de penser dans le sens qu’il faut que tu acceptes les avantages et les inconvénients. Il y a des enfants qui sont plus basanés, alors il faut que tu acceptes que les gens sachent que tu les as adoptés quand tu te promènes avec ces enfants-là. Tu comprends? Il faut que tu sois assez équilibré, assez fort parce que... si toi tu es un parent fort, ça va faire en sorte que ton enfant va être assez fort pour s’intégrer dans la société. Quand tu vois un bébé, tout le monde dit: “Ah! il te ressemble! Ah! il a le nez de son père!” Mais nous, ce n’était jamais ça, tu comprends? À quelque part, il faut que tu sois à l’aise avec ça et pour être à l’aise, je pense que tu as un certain deuil à faire. Il faut que tu saches que ton bébé ne sera jamais biologique! Il ne sera jamais biologique! Quand tu embarques dans un projet d’adoption, il faut que tu sois prêt, il faut que tu sois à l’aise avec le choix que tu fais. Pour être à l’aise avec un autre choix, il faut que tu aies accepté de faire le deuil du premier choix (Danielle).*

Dans le cas de Danielle, la notion de deuil recoupe celle d’acceptation. Ainsi, au-delà du deuil de l’enfant biologique, il faut surtout être prêt à adopter, une dimension qui implique plusieurs facettes; être prêt à adopter, selon elle, ce n’est pas seulement avoir renoncé à l’enfant biologique, c’est aussi être prêt, dans la plupart des adoptions internationales, à accepter la différence physique, c’est-à-dire le fait par exemple que l’enfant adopté ne ressemblera jamais à ses parents adoptifs. En effet, la tendance à situer les liens familiaux à travers les ressemblances physiques et

à chercher des similarités avec différentes branches de la famille est une pratique de parenté profondément intégrée dans nos sociétés (Vernier 1999; Fortier 2009; Marre et Bestard 2009 ; March 2000). À cet égard, les propos de Danielle mettent l'accent sur l'idée que pour accepter la différence physique d'un enfant adopté, il faut nécessairement, comme parent, avoir renoncé à la ressemblance physique, une renonciation qui doit nécessairement faire l'objet d'une réflexion au sein du couple adoptif. Souvent mis de l'avant pour expliquer le désir des couples d'avoir un enfant biologique, l'intérêt porté à la ressemblance physique et plus globalement à l'enfant comme incarnation physique de ses deux parents, intervient également dans les cas d'infertilité masculine où la femme, sans nécessairement faire le deuil de sa propre fertilité (puisque le couple peut recourir à l'IAD), doit faire le deuil du mélange des traits physiques d'elle et son conjoint <sup>10</sup>:

*Parce que moi, le deuil, je ne l'ai pas fait parce que si jamais j'en veux un, si un jour ça m'arrive que j'en désire vraiment un, moi je peux tandis que lui, c'est sûr à 100% que c'est non. Moi j'ai toujours la possibilité, par exemple, dans 2 ans, je veux en porter un, ça me rattrape et que j'ai vraiment le goût d'une grossesse, je peux. Et j'ai un conjoint qui est vraiment libre et que ça ne lui dérange pas (le recours à l'IAD) [...] Le deuil que j'ai eu à faire c'est de ne pas pouvoir voir qu'est-ce que ça donnait moi et mon chum mélangés. Mais c'est juste la curiosité de dire : "Qu'est-ce que ça aurait donné comme enfant, moi et mon chum? Est-ce qu'il aurait été beau?" (Elisabeth)*

D'un premier abord, Elisabeth attribue à son conjoint l'obligation d'un deuil à faire et s'en distancie personnellement considérant que de son côté, elle demeure toujours fertile. Puis dans un deuxième temps, elle revient sur la notion de deuil et précise qu'elle a quand même dû faire le deuil d'un enfant qui rallierait les traits physiques d'elle et son conjoint. Ainsi, les cas d'infertilité masculine font apparaître une dimension supplémentaire du deuil de l'enfant biologique et mettent en évidence la conception largement partagée et valorisée selon laquelle un enfant représente la fusion symbolique et le mélange génétique de ses deux parents:

*Je me sens seule dans ce choix (IAD). Je comprends que c'est dur pour lui, mais ça a aussi été dur pour moi de me dire que je n'aurai jamais d'enfant biologique de l'homme de ma vie. Il ne comprend pas que j'ai dû moi aussi faire le deuil d'une partie de la conception de la vie que j'avais ; celle qui dit que l'on se marie, on se trouve un bon job et puis on assure ses arrières pour ensuite avoir un ou des enfants... en faisant l'amour. Mais non, je n'aurai jamais d'enfant conçu dans une relation sexuelle normale avec mon conjoint. Nos enfants ne seront jamais une partie de moi et de lui.<sup>11</sup>*

<sup>10</sup> En cas d'infertilité masculine déclarée, la femme peut avoir recours relativement facilement à l'insémination avec donneur de sperme. L'équivalent pour l'homme ne s'applique pas de manière symétrique puisque si une femme est déclarée infertile, le recours à une donneuse d'ovules est beaucoup plus complexe et dispendieux. De plus, le couple n'a pas la possibilité d'avoir recours à une mère porteuse, les contrats entre celles-ci et les parents adoptants étant illégaux au Québec.

<sup>11</sup> <http://www.mamanpourelavie.com/forum/sujet/insémination-avec-donneur>

Ainsi, aux yeux de certains couples, le deuil de l'enfant biologique s'inscrit dans un long processus qui exige du temps, de l'ouverture et aussi un désir au sein du couple de construire un nouveau projet commun. Par ailleurs, il est intéressant de constater comment les conjoints, en posant un regard sur leur propre parcours, en arrivent eux-mêmes à cerner comment leurs perceptions se sont transformées au fil du temps et des expériences rencontrées. Par exemple, Geneviève raconte comment elle a progressivement accepté l'idée qu'elle ne tomberait peut-être pas enceinte une deuxième fois et comment elle et son conjoint se sont graduellement tournés vers l'adoption:

*Je suis certaine qu'il y a un deuil à faire pour être pleinement heureuse après avec tes enfants. Tu vois, quelques jours après que j'ai fait ma fausse couche (elle était devenue enceinte suite à une première IAC), ma mère m'a dit : 'tu sais il y a d'autres possibilités dans la vie... l'adoption...' Aïe là là non, je la trouvais pas drôle de me dire ça là : 'J'ai été capable une fois de tomber enceinte, je vais capable une autre fois'. Et graduellement, tu ne veux plus revivre tout ça. Ça faisait longtemps qu'on était là-dedans (essais infructueux). Tu te mets à regarder tout ce qui est proposé par rapport à l'adoption. Ça se fait graduellement. Peut-être que quand j'ai commencé le processus d'adoption, je ne peux pas dire que mon deuil était fait complètement, mais je suis certaine que quand j'avais ma fille dans mes bras, c'était réglé. Certaine, certaine. (Geneviève)*

Le discours de Geneviève est traversé par cette idée de cheminement et de transformations graduelles qui prennent forme lentement, mais qui interviennent irrémédiablement dans les différentes décisions du couple. Ainsi, certains participants admettent que l'ensemble de leur expérience en regard de l'infertilité et de l'adoption les a amenés à reconsidérer l'importance qu'ils accordaient à l'idée d'avoir un enfant qui leur soit biologiquement lié :

Q: Qu'est-ce que tu penses de l'idée qu'il faut faire le deuil de l'enfant biologique avant d'adopter?

H: *C'est un peu ça que j'ai fait. Je pense que oui. Le cheminement c'est carrément ça! Je ne peux pas en avoir de mon sang, mais ce que l'adoption m'a fait réaliser c'est que oui, ils ne sont pas de mon sang, mais ils sont tellement pareils comme nous autres! Ils sont tellement pareils, ils s'imprègnent de nous autres. (Alain)*

Q: Toi tu dirais que le deuil que t'as vécu ce serait plus par rapport à la grossesse?

F: *Oui, peut-être la grossesse... et d'avoir un enfant qui te ressemble. Mais depuis qu'on a Marianne, ça a tellement changé dans ma tête. Il y a plein d'affaires qui se sont toutes placées. Ça n'a plus d'importance. (Catherine)*

---

Dans une vaste étude menée auprès de couples qui ont eu recours à la PMA et aux nouvelles technologies reproductives, Becker (2000) aborde, à travers le concept de « Réécriture de la famille », cette idée de transformations des représentations à l'égard de l'apparentement : selon elle, lorsque les couples font le saut en adoption, les anciennes croyances issues de l'idéologie culturelle de l'apparentement biologique sont remplacées par de nouvelles visions de la parenté (2000 : 218). C'est ce même processus que Parry (2005) appelle la « fluidité des conceptualisations de la famille » : les analyses de l'auteur montrent que la notion de famille se présente comme un processus fluide sujet à interprétation et ré-évaluation au fil des événements d'une vie. L'auteur, en s'appuyant sur l'exemple de l'infertilité et sur l'étude de témoignages de femmes, en arrive au constat que les femmes qui ont été capables de concevoir en dépit des difficultés rencontrées accordaient davantage d'importance à la notion de famille biologique que celles qui avaient réussi à concevoir sans rencontrer de difficultés particulières. Par ailleurs, celles qui avaient finalement adopté s'attardaient davantage aux émotions et à l'engagement réciproque dans leur vision de la famille et désinvestissaient la dimension biologique du lien parental.

\*\*\*

Dans l'ensemble, les positions des couples en regard de la notion de deuil de l'enfant biologique montrent la pluralité des définitions sous-jacentes à celui-ci : d'abord, le deuil en lui-même n'est pas toujours ramené à une dimension strictement biologique, mais davantage abordé par les couples adoptifs comme un cheminement (qui va au-delà du deuil de l'enfant biologique) ponctué de déceptions et d'acceptations qui touchent à diverses facettes du désir.

La notion de deuil de l'enfant biologique est donc une notion plurielle qui comporte différents niveaux; qu'il s'agisse de devoir renoncer à une descendance génétique, de voir s'envoler le rêve de concevoir un être qui combine les caractéristiques physiques des deux parents, de renoncer à l'expérience de la grossesse et de l'enfantement pour les femmes ou encore d'accepter la rupture symbolique de transmission que pose le fait de ne pas pouvoir donner la vie, ce deuil n'est pas vécu avec la même intensité par les couples ni défini de la même façon. Il semble également que l'aspect intangible de l'enfant, c'est-à-dire sa non-existence, affecte les représentations relatives

au deuil de l'enfant biologique, certains parents arrivant plus difficilement à concrétiser un processus au centre duquel se trouve une entité invisible, celle de l'enfant imaginaire : « *L'accompagnement médical des projets de procréation pose un problème particulier par rapport à cette perspective. En effet, le "patient" est à naître, voire à concevoir. Il s'agit donc d'un patient à l'identité incertaine et pour le moins évanescence* » (Gaille 2008 : 114). La notion de deuil de l'enfant biologique laisse croire que l'enfant désiré a bel et bien existé alors que, comme le mentionnent Karpel et al. (2007), aucun enfant n'est mort et le seul enfant qui existe pour les couples infertiles est un enfant imaginaire : « *l'enfant imaginaire est la condensation de tous les vœux que le parent projette sur un enfant à venir* » (2007 : 237).

Aussi est-il permis de croire que les multiples façons d'aborder et de définir le deuil de l'enfant biologique sont étroitement reliées à la multiplication des configurations familiales et à l'espace grandissant occupé par le principe électif dans la définition de la parenté dans les sociétés occidentales. En effet, il me semble y avoir un parallèle intéressant à poser entre le caractère pluriel du deuil de l'enfant biologique et les changements qui ont affecté le lien filiatif au cours des dernières décennies. La multiplication des cas de figures (familiales) où les trois composantes de la filiation (biologique, juridique et domestique) se trouvent en dissonance ont non seulement favorisé l'émergence de nouvelles filiations électives et l'affirmation de la famille comme espace de l'élection affective (Fine 1998), mais elle ont aussi contribué à une remise en question du rôle parental : selon Cadolle (2007) qui a travaillé sur l'exemple des configurations familiales recomposées, la multiplication des situations où les différentes composantes de la filiation sont dissociées fait inévitablement ressurgir la question de savoir qui est le vrai parent. Cette situation intervient directement dans les trajectoires étudiées et dans les représentations et expériences liées au deuil de l'enfant biologique : le fait que la société se « *réfère de plus en plus à la réalité des échanges plutôt qu'aux seuls liens de sang* » et le fait qu'il « *existe maintenant de multiples manières de fabriquer des parents en dehors de la consanguinité et de l'alliance* » (Fine 1998 : 2-4) permettent certainement aux couples infertiles de relativiser leur deuil de l'enfant biologique et d'entrevoir le lien adoptif comme une forme de filiation socialement acceptée, voire même valorisée à certains égards : « *La famille adoptive peut maintenant s'afficher fièrement dans la mesure où elle met en œuvre des valeurs dominantes du paysage familial actuel, notamment l'électivité des liens, l'affectivité et l'ouverture aux autres* » (Ouellette 2003 :133). En ce sens, le

deuil vécu par les couples se trouve non seulement atténué, mais les formes qu'il revêt se trouvent quant à elles multipliées, cela au même titre que les facteurs de définition de la filiation.

Dans les trajectoires étudiées, la renonciation à l'enfant biologique (même s'il s'agit d'une renonciation forcée) et la décision d'adopter, loin d'être des choix hors norme, s'inscrivent au contraire à l'intérieur de valeurs bien établies en matière de parenté : non seulement la norme d'exclusivité se trouve respectée (l'enfant adopté conserve une filiation unique), mais en plus, elle met de l'avant un lien parental pleinement choisi (Ouellette 2000-a-b, 2005; Neirinck 2000-a; Fine 1998). Si le modèle de la famille biologique continue d'exercer un certain pouvoir d'attraction, il reste que le mouvement de valorisation du principe électif qui traverse actuellement la parentalité des sociétés euro-américaines constitue un élément favorable à l'adoption dans son ensemble, un peu comme si la multiplication des manières de fabriquer de la parenté arrivait à pénétrer les représentations des couples et à faciliter leur passage vers l'adoption. Il en résulte, comme nous l'avons vu dans cette section, une nuance intéressante à apporter à l'idée du deuil de l'enfant biologique, lequel réfère avant tout à l'acceptation de l'infertilité ou encore au deuil de la fertilité, mais plus difficilement à un enfant dont l'existence ne s'est jamais concrétisée. Certes, l'utilisation de la notion de deuil de la fertilité ou encore celles de perte (Brinich 1990) et de renoncement (Viorst 2003) correspondent davantage au vécu des couples: par contre, l'exigence qui lui est sous-jacente en contexte adoptif (c'est-à-dire l'obligation d'avoir complété ce deuil avant d'entamer les procédures officielles d'adoption) laisse entier le questionnement posé par la deuxième trajectoire étudiée et qui concerne les couples qui entreprennent quasi simultanément des procédures en PMA et des démarches d'adoption.

### 5.3 Entre la PMA et l'adoption : Regard comparatif

Au-delà de leur point commun, celui de permettre l'accès à l'enfant, la procréation médicalement assistée (PMA) et l'adoption sont entrevues par la plupart des couples comme deux univers distincts. En cours d'entretien, les couples ont été amenés à poser un regard comparatif entre les deux milieux et à relever les ressemblances et les différences entre les deux types de démarches et ce qu'elles impliquaient au niveau des procédures. Dans cette section, trois niveaux de comparaison seront analysés : les méthodes et procédures; le milieu et l'environnement; le cheminement et le vécu personnel.

#### 5.3.1 Méthodes et procédures: Entre la science et les papiers

D'un premier abord, la PMA et l'adoption partagent certains points communs : ils mettent en scène des couples qui désirent avoir un enfant et qui, dans la plupart des cas<sup>12</sup>, éprouvent une difficulté ou une incapacité à concevoir. Les deux types de démarches impliquent de la part du couple un investissement émotif et financier<sup>13</sup> importants: elles demandent du temps, de l'énergie et de l'argent. Par contre, en ce qui a trait aux procédures et aux méthodes, les deux démarches sont considérées très différentes par les couples: « *C'est tellement différent... in vitro, c'est plus la médication, la science. L'adoption, c'est les formulaires, et l'attente. Le médical, c'est plus science. Comme pour in vitro, moi je lui faisais les injections pour stimuler l'ovulation et il y avait beaucoup de rendez-vous avec le docteur, des rendez-vous pour les procédures... et l'adoption, c'est comme j'ai dit, c'est les papiers et l'attente* » (Robin). Quoique brefs, les propos de Robin sont intéressants dans la mesure où ils associent clairement le processus de FIV à l'intervention de la science sur le corps et l'adoption à une logique administrative. Ainsi, si la procréation médicalement assistée et l'adoption mettent toutes deux en évidence le caractère construit de la filiation, chacune transite par un chemin bien différent pour y arriver, l'une (PMA) ayant recours à la médecine et l'autre (adoption) au juridique.

---

<sup>12</sup> Il y aussi des couples qui adoptent par choix et sans avoir rencontré au préalable des problèmes d'infertilité : il peut s'agir de couples qui ont déjà un ou des enfant(s) biologique(s) et qui désirent adopter ou encore des couples où la femme ne souhaite pas vivre le processus d'enfantement et d'accouchement.

<sup>13</sup> L'investissement financier concerne surtout les couples qui ont recours à l'adoption internationale puisque les couples inscrits en Banque mixte, lorsqu'ils sont famille d'accueil, reçoivent environ 1000\$/mois par enfant.



Les procédures médicales impliquent nécessairement des interventions physiques directes (la plupart du temps sur le corps de la femme), ce qui n'est pas le cas pour l'adoption où les efforts et l'énergie sont centralisés sur les procédures administratives et où le corps comme entité reproductive et comme objet d'intervention se trouve complètement désinvesti : *« L'adoption, t'embarques là-dedans, tu le sais que tu vas attendre. Le processus in vitro, tu t'injectes des affaires, ce n'est pas la même chose. Moi je trouve que c'est bien différent. Ce n'est pas le même processus. Au médical, t'ovules, tu vis des gros changements d'hormones. Tandis que quand t'adoptes, tu n'as pas de changement hormonal, tu n'as pas de piqûres à te faire, ce n'est pas la même chose. C'est bien différent comme processus les deux »* (Catherine).

Au delà de l'aspect technique, le point de distinction le plus souvent mentionné par les participants est certainement la dimension « certitude / incertitude » reliée à chacun des types de démarches, la certitude étant associée à l'adoption et l'incertitude à la PMA :

H : *Au médical, tu débourses un montant, ça peut être 2 000\$, 5 000\$ peu importe le montant, mais en bout de ligne, oui elle peut être enceinte, mais elle peut aussi ne pas l'être. Si elle ne l'est pas, tu réinvestis encore de l'argent sans avoir de garantie. C'est toujours un risque. Sauf qu'après un nombre d'années x qu'on a eu des échecs, les risques là... (en voulant dire : "c'est assez !"). Jouer à la bourse, à un moment donné, t'arrêtes. Tu dis : "Bon, on va y aller avec une valeur plus sûre". C'est pour ça aussi un peu qu'on s'est tournés vers l'adoption.*

F : *L'adoption est plus réelle je trouve parce que tu sais que ça va aboutir. Tu sais qu'il y en a un vrai (enfant) à l'autre bout. Tandis que le côté médical, comme disait Charles, ce n'est pas sûr, ça reste vague, on n'est pas certains... Et c'est beaucoup d'argent aussi...*

H : *D'un bord comme de l'autre c'est de l'argent pareil... Le pourcentage est plus élevé sur un que sur l'autre. C'est tout simplement ça. Parce que le médical, ils veulent tout le temps arriver à une certaine fin quand même, celle d'avoir un enfant, comme l'adoption, sauf qu'on ne sait pas à quelle fin exactement qu'on va arriver.* (Charles et Suzanne)

Dans l'extrait ci-dessus, les propos de Suzanne montrent aussi comment le désir d'enfant en PMA demeure abstrait, l'enfant lui-même se résumant à un objet de désir sans existence réelle. Un point de vue d'ailleurs partagé par plusieurs participants qui considèrent l'adoption comme un projet beaucoup plus concret : *« On dirait que l'adoption, c'est plus concret qu'en clinique. C'est sûr qu'en clinique, tu penses que ça va l'être, mais t'as toujours dans la tête l'idée que peut-être ça ne marchera pas. Tu le fais, mais t'as toujours un petit doute dans ta tête. Mais t'es content de le faire par exemple. Mais je trouve que c'est peut-être moins concret que de dire : "bon! on va adopter". C'est la différence pour moi. L'adoption, ça peut prendre du temps, mais tu le sais que ça va déboucher »* (Mathilde). L'incertitude qui accompagne les procédures médicales est vécue

difficilement par la plupart des couples qui une fois “passés” du côté de l’adoption apprécient l’aspect tangible du projet: « *C’est beaucoup de déceptions; on a essayé ensemble et ça ne fonctionnait pas. Là t’essaies autre chose (IAC), et ça ne fonctionne pas encore, fait que c’est toujours des déceptions par-dessus des déceptions. Alors que l’adoption c’est du concret, et moi je suis une personne concrète, fait que je me disais : ‘bin ça au moins, c’est du concret!’* ». Il y a un processus et au bout de tout ça, on a un enfant » (Martine). Par exemple, le fait de pouvoir se faire une idée précise des différentes étapes à traverser et de pouvoir situer le point d’arrivée du parcours d’adoption constitue une source d’encouragement pour plusieurs couples :

H: *Le processus d’adoption, tu sais qu’il va y avoir une fin. L’autre (PMA), on ne savait pas. C’est nous autres qui avons décidé quand est-ce qu’on tire la ‘plug’. On s’en allait toujours dans l’inconnu: ‘on espère, on espère, on espère’, ‘on souhaite’. Tandis que dans l’adoption, tu pouvais te tromper d’un mois, deux mois, trois mois, mais tu savais que normalement dans 20 mois, t’allais avoir un enfant dans les bras. Le résultat est garanti! C’est plate de dire ça de même, mais c’est ça pareil... Tandis que dans le processus médical...*

F: *... d’un mois à l’autre, tu ne savais jamais si ça avait fonctionné ou pas. Tu reviens passer ta prise de sang et après ça, ça va au mois prochain.*

H: *Le processus d’adoption, il y a le «Pas à pas» d’Enfants du Monde (agence d’adoption) où il y a à peu près 15 étapes et à chaque fois que tu en fais une, tu la coches. Quand t’es rendu à la douzième étape, tu te dis : ‘il nous en reste trois...’ Tandis que le processus médical, tu savais qu’à tous les mois, c’était la même affaire (Jérôme et Annie).*

Si la plupart des couples hésitent généralement à mentionner la dimension financière et à la superposer à leur désir d’enfant, la question des coûts engendrés devient difficilement contournable lorsqu’il est question de l’incertitude liée aux démarches entreprises en procréation assistée (versus la certitude d’avoir un enfant en adoption). D’un côté, la PMA est perçue comme un gouffre financier qui ne garantit pas de résultat en bout de parcours, tandis que l’adoption, de son côté, quoiqu’elle soit longue, fastidieuse (administrativement) et dispendieuse, demeure quant à elle garante d’un résultat :

*Parce que l’avantage quand tu dis : ‘ok, j’adopte’ c’est... ils nous le disent!: ‘t’embarques dans quelque chose de gros et c’est une montagne à monter ; tu vas en avoir de la paperasse à signer’, l’attente et tout ça, mais tu sais qu’au bout de ça... c’est un investissement qu’on fait et on le sait qu’on va avoir des enfants comparativement à l’autre bord (PMA), où on nage tout le temps dans l’inconnu et qu’on ne sait jamais si ça marche. T’investis 20 000\$ en in vitro, mais tu ne sais jamais si ça va marcher. Quand on a fait le ‘switch’ (de la PMA vers l’adoption), j’ai vraiment dit: ‘ah ça là (PMA), je ne veux plus jamais le vivre!’ (Paul)*

Évidemment, à partir du moment où un couple éprouve des difficultés de conception, il se trouve invariablement confronté à mesurer son désir d’enfant en fonction de différents facteurs, dont celui

des coûts financiers qui s’y trouvent rattachés. Si les deux types de démarches exigent des ressources financières relativement importantes (mise à part l’adoption en Banque mixte), quelques couples déplorent que, dans un large pan de la société, l’enfant adopté soit spontanément associé au coût financier qu’il représente alors que l’enfant conçu par PMA, même si sa naissance a parfois exigé des coûts plus importants encore que ceux impliqués en adoption, demeure à l’abri de représentations axées sur la marchandisation de l’enfant :

*Quand les gens se rendent compte qu’on adopte, c’est toujours la première question: l’argent! “Ça coûte cher ça!” Premièrement, ce n’est pas “ça”, c’est un enfant! Ça dépend pour qui, mais pour moi, ça n’a tellement pas de prix. Parce qu’on l’a adopté, tout le monde le sait, mais quelqu’un qui fait in vitro 3-4 fois, à 5000\$-6000\$ de la fois, tu ne le sais pas que ça vient de lui coûter 25 000\$ de traitements! C’est encore plus cher que l’adoption, mais ils n’auront jamais de commentaire sur l’argent parce que c’est ça, ça ne paraît pas. Tandis que quand tu as un enfant adopté, tout le monde le sait que ça coûte de l’argent. (Elisabeth)*

*H: Les gens ne sont pas éduqués par rapport à ça; la seule chose qu’ils voient, c’est ce que ça peut coûter : “Comment ça coûte?” C’est ridicule parce que ça reste un enfant. On ne peut pas relier la vie d’un enfant à un coût, à un montant d’argent. Regarde, il y a un couple qui a adopté avec nous autres, ils ont dépensé 40000\$ pour essayer d’avoir des enfants; inséminations, in vitro, et c’est après tout ça qu’ils ont décidé d’aller adopter. Dans l’fond, ce n’est pas si cher que ça adopter! (Simon)*

Ainsi, Elisabeth et Simon signalent que l’entourage et la population en général ont souvent tendance à ramener l’adoption à une question d’argent, faisant complètement fi non seulement des coûts parfois faramineux associés aux différentes procédures entamées en procréation médicalement assistée, mais aussi de l’activité commerciale qui se trouve ainsi liée à la reproduction. Il semble d’ailleurs intéressant, à cet égard, de rapporter les propos de Robert qui mentionne l’aspect commercial qui se dégage du milieu clinique, puis ajoute que cette “impression d’activité commerciale” dont le but serait de “se procurer un enfant” lui a semblé davantage présente dans le milieu médical que dans celui de l’adoption, alors qu’il aurait initialement cru le contraire:

*H: Moi, personnellement, ça ne m’aurait pas dérangé (que l’enfant soit issu d’une IAD), j’aurais été bien à l’aise avec ça. Le problème, c’était beaucoup plus la... la ... c’était la... on aurait dit qu’on avait une vague impression de, de ... une vague impression d’activité commerciale.*

*F: C’est une business! (ton affirmatif)*

*H: Quasiment comme si on allait se procurer un bébé alors que c’est l’inverse que j’ai eu comme impression quand on est allés en Chine. Totalement l’inverse, alors qu’à priori, j’aurais pourtant pensé le contraire. (Robert et Martine)*

Tant l'adoption que la PMA arrivent difficilement à se soustraire de la dimension commerciale et économique qui se trouve liée à la valeur de l'enfant, une dimension d'ailleurs longuement étudiée par Zelizer (1985, 1992) en ce qui concerne l'évolution du marché de l'adoption aux Etats-Unis entre 1870 et 1930, une période qui correspond à l'émergence d'un nouveau type d'enfant: "l'enfant sans valeur économique, mais d'une valeur affective inestimable": « *la valeur économique de la vie de l'enfant a évolué en fonction de la redéfinition culturelle et sociale de sa place dans l'économie matérielle et émotionnelle de la famille* » (1992 : 11). Confronté au paradoxe de devoir faire payer pour un "enfant qui n'a pas de prix", le marché de l'adoption légitimise les paiements comme autant de témoignages symboliques d'une affaire de sentiments : à mi-chemin entre l'acceptable et l'inacceptable, c'est ce que l'auteur appelle "un marché gris".

Dans l'ensemble, les propos comparatifs émis par les participants constituent une des pistes à suivre pour comprendre leurs représentations des deux milieux (milieu médical et milieu adoptif) et aussi pour analyser les motivations derrière les différentes décisions qui ont jalonné leur parcours entre l'apparition des problèmes d'infertilité et l'adoption. Les couples dressent plusieurs distinctions entre les deux types de procédures, mais tous leurs propos convergent vers un point ultime, le désir de voir se concrétiser l'arrivée d'un enfant. La PMA et l'adoption sont considérées à priori comme deux façons d'accéder à l'enfant<sup>14</sup> et à ce titre, le facteur "résultat garanti" associé à l'adoption (maintes fois mentionné par les couples) met en évidence l'importance et la valeur accordées à la recherche de résultat, en l'occurrence un enfant :

*Un moment donné aussi tu te dis: "in vitro c'est bien beau, tu peux l'essayer une deuxième fois, mais ce n'est jamais sûr que ça va marcher". L'adoption dans ma tête c'était: "au moins ça c'est sûr. C'est sûr qu'on va avoir un enfant à la fin de ce processus-là". C'est aussi parce que c'est tellement plus accessible dans le sens que c'est juste un sacrifice d'un mois; ils te font tomber enceinte, tu passes le reste de ta grossesse ici, c'est juste 7000,00 quelques dollars. Tandis que l'autre (adoption) faut que tu ailles à l'autre bout du monde, tu passes à travers des années d'attente, et des papiers... C'est quand même plus facile de passer à travers ça (FIV) que l'adoption. L'adoption c'est quand même plus compliqué. In vitro, c'est juste de te taper le bout des traitements, mais une fois que t'es enceinte, c'est une grossesse normale comme tout le monde. Fait que c'est probablement ça qui a fait qu'on s'est lancés là-dedans en premier (Félicia)*

À plusieurs égards, les procédures médicales, malgré la lourdeur physique qui leur est associée, sont tout de même considérées plus accessibles que l'adoption, surtout lorsqu'il s'agit de

<sup>14</sup> Plusieurs variantes gravitent autour de l'accès à l'enfant, celui-ci constituant le point d'ancrage d'un désir beaucoup plus large qui est celui de faire famille et de vivre l'expérience de la parentalité.

stimulation ovarienne ou d'inséminations artificielles, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit de démarches médicales pré-FIV. L'entrée en scène de la FIV modifie considérablement le jeu et constitue souvent un point tournant dans le parcours des couples; non seulement implique-t-elle des procédures médicales passablement invasives, mais elle demeure financièrement difficile d'accès pour plusieurs couples qui n'ont pas les moyens d'investir dans un projet jugé incertain. Pour ceux qui y ont eu recours et qui ont choisi d'investir plusieurs milliers de dollars dans une telle démarche, la FIV demeure tout de même associée à une éternelle et difficile incertitude. Alors, pourquoi (peut-on raisonnablement se demander) les parents ne choisissent-ils pas directement l'adoption sans passer au préalable par les procédures médicales? Les réponses sont multiples : certes, on retrouve le désir d'avoir un enfant issu de soi et de son ou sa conjoint(e), mais il y a aussi les facteurs d'accessibilité, de proximité, voire de valorisation des technologies offertes par la médecine reproductive. Ces interventions débutent par une série d'exams relativement simples et se poursuivent avec différentes méthodes comme la stimulation ovarienne et les inséminations intra-utérines qui apparaissent, du moins à cette étape du parcours, plus simples et moins exigeantes financièrement qu'un projet d'adoption. Dans la plupart des cas étudiés, c'est finalement l'aspect incertain des démarches médicales qui devient le plus difficile à négocier et à vivre pour les couples, qui voient alors dans l'adoption une manière plus sûre d'avoir un enfant et de voir leur projet familial se concrétiser.

### **5.3.2 Milieu et environnement : entre le froid et le chaud**

L'analyse comparative du milieu et de l'environnement dans lesquels les procédures médicales et les procédures adoptives s'articulent permet à son tour d'approfondir le portrait plus global du passage entre la PMA et l'adoption. À plusieurs niveaux, le milieu médical demeure associé à la froideur et à la distance, alors que celui de l'adoption est considéré chaleureux et basé sur le partage d'expériences semblables :

*H: Au début, en infertilité, tu te dis : "bin je veux un enfant"... tu fais juste rencontrer un médecin. Tu ne rencontres pas personne avec qui parler, qui a vécu ça là, contrairement à l'adoption. En adoption, la première réunion que t'as en général en t'inscrivant, ceux qui sont en avant de toi, c'est tous des gens qui ont adopté. Ils nous racontent tous leurs expériences. Fait qu'en partant, quand tu rentres dans le processus d'adoption, ils te disent tout de suite les quatre vérités.*

*F: L'adoption on dirait qu'ils nous mettent les bons ET les mauvais côtés tout le temps, tandis que dans l'infertilité ils nous nourrissent toujours d'espoir. (Paul et Jeanne)*

H: *J'aime mieux l'adoption que le médical.*

F: *Les gens sont plus humains. Médical, c'est médical. Il y a comme une barrière...*

H: *C'est des médicaments pareil...*

F: *L'adoption c'est comme un geste. C'est quelque chose. C'est différent.*

H: *C'est comme donner au suivant. On sauve une vie, pareil ...*

F: *Médical, c'est médical. C'est plus froid. (Catherine et Patrice)*

Comme Jeanne le mentionne ci-dessus, le fait que le milieu clinique fonctionne immanquablement par des cycles d'espoirs et de déceptions accentue chez les couples le sentiment d'un éternel recommencement et d'une accumulation de désagréments et de frustrations. Par conséquent, non seulement le milieu de l'adoption ouvre la porte à des expériences plus positives, mais contrairement au milieu médical qui ne peut qu'espérer une potentielle grossesse, le milieu adoptif met en scène des existences concrètes et un projet familial accessible incarné par l'ensemble des parents adoptants: « *Dans le milieu médical, oui ça va arriver des fois que tu vas avoir des bonnes nouvelles, que tu vas apprendre que... parce que oui, tu connais des gens qui vivent un peu la même chose et il y en a qui vont avoir des bonnes nouvelles de temps en temps. Mais plus souvent qu'autrement c'est des mauvaises. Et l'adoption, bin c'est des belles histoires, c'est plus humain, c'est vrai, c'est concret* » (Cassandra). Les milieux diffèrent aussi par les types d'intervenants impliqués dans chacune des démarches : à ce titre, Alain soutient que le milieu médical, surchargé, n'a tout simplement pas le temps d'établir de bonnes relations avec les couples qu'il traite et qui ont recours à ses services :

*C'est plus froid le milieu médical. Au niveau de l'adoption, les gens qui sont là, sont plus enthousiastes et patients car le projet est magique. Ils sont moins "loadés" aussi. Les gens qui sont dans le processus d'adoption, les parents, ils sont plus de bonne humeur alors tout est plus facile dans ce temps-là. Dans le milieu médical, à l'époque où nous étions là, ils n'avaient pas le temps... il y en a toujours un autre qui attend, un autre après qui attend, c'est plus "est-ce qu'on peut passer à autre chose?" C'est à peu près ça! Tandis que dans l'adoption, c'est déjà plus ouvert. (Alain)*

L'aspect technique et répétitif lié aux procédures médicales ainsi que l'environnement physique dans lequel sont pratiquées les technologies reproductives, soit les hôpitaux et les cliniques, contribuent certainement au sentiment de distance vécu par plusieurs couples. Ces derniers évoquent les différences relationnelles qui caractérisent les deux milieux et considèrent que les relations avec le corps médical sont beaucoup plus distantes et techniques que celles vécues avec les intervenants en adoption et les autres couples adoptants. Les propos de France et Dominic, deux personnages particulièrement volubiles, rendent bien cet état d'esprit :

H: *J'avais un collègue qui donnait des cours de sociologie dans lesquels il parlait de "technologies de reproduction". Au début, je me rappelle, je trouvais ça ben drôle qu'il en parle comme ça, mais après l'avoir vécu, c'est vraiment ça!: la technologie de reproduction! Dans l'aspect le plus froid du terme, c'est vraiment mécanique! En ce sens-là, il y a beaucoup plus de rapports humains intéressants dans le processus d'adoption. De ce que nous avons vécu...*

F: *C'est vrai que du côté médical... dans notre cas, ç'aurait pu être positif si ça avait fini par réussir mais... tu es toujours dans le négatif! Ça ne fonctionnait jamais! J'ai appris que j'avais quelque chose, après, lui il a appris qu'il était infertile, etc. Les médecins sont froids. Ils te disent ça comme ça...*

H: *Eux, ils ne niaient pas avec des sentiments.*

F: *Tandis que l'adoption, c'est un beau projet! Tout est positif! C'est deux mondes! C'est vraiment deux mondes!*

H: *Les gens que tu côtoies dans le processus d'adoption avec l'organisme, c'est toujours positif: "Nous avons des bonnes nouvelles!" "Votre dossier est rendu à telle place, il va se passer telle affaire" "Vous allez voir, c'est trippant!" C'est toujours positif. En tout cas, nous n'avons pas connu d'élément négatif.*

F: *En adoption, t'as un rapport humain qui est intéressant. Moi j'ai trouvé ça tellement "frère" à l'hôpital.*

H: *T'as le médecin qui ouvre son ordinateur et qui lit ton historique.*

F: *C'était tellement froid à l'hôpital! Je n'avais pas remis mes culottes et elle me parlait du chèque! Avec son petit pot de spermatozoïdes dans les mains!*

H: *C'est vraiment purement mécanique, tout le temps, tout le temps. (France et Dominic)*

À plusieurs reprises les participants mentionnent le côté beaucoup plus humain de l'adoption et le fait que le milieu regroupe des couples qui non seulement ont pour la plupart passé par le même chemin (infertilité – PMA), mais qui s'appêtent à vivre ensemble une expérience particulièrement significative de leur vie:

*Dès que le monde sait que tu veux adopter, le support arrive parce qu'il y a plein de gens qui ont adopté et qui sont heureux d'en parler. Ils viennent te voir et tu n'as pas besoin de courir après personne. Tu sais ce qu'ils ont vécu, donc toi tu te réfères à ça. Tu es avec des personnes qui sont toutes comme toi, tandis que quand tu vas au CHUL<sup>15</sup>, tu es dans une salle d'attente, tu ne le sais pas ce qu'elle a la personne à côté de toi et ça peut être quelque chose d'autre carrément. Quand on est allés à la première rencontre d'informations en adoption, on s'est rendus compte qu'il y avait plusieurs couples qu'on avait déjà vus au CHUL. Mais on ne le savait pas quand on était là. (Zoé)*

Le passage entre le milieu médical et le milieu de l'adoption présente un autre contraste intéressant, similaire à celui soulevé par Zoé : alors que les démarches dans le milieu médical sont la plupart du temps vécues dans l'intimité (restreinte au couple et parfois à la famille proche), l'adoption de son côté, se vit davantage en communauté. Qu'il soit question des

<sup>15</sup> (CHUL) Centre Hospitalier de l'Université Laval : hôpital de la ville de Québec qui offre un suivi aux couples éprouvant des problèmes d'infertilité et qui donne les différents traitements en PMA offerts par le réseau public, principalement les thérapies hormonales et les inséminations avec sperme du conjoint.

procédures entamées, des délais d'attente ou encore des inquiétudes vécues, tout ce qui entoure l'adoption se partage plus facilement avec l'entourage que les différentes expériences vécues en milieu médical:

*Quand tu vas en clinique de fertilité, ça ne paraît pas, personne ne le sait, tandis qu'en adoption, c'est plus de paperasse et c'est quelque chose que tu peux davantage gérer: tu as un échéancier, tu sais où tu vas, tu peux faire ça toi-même, tu peux impliquer plus de monde autour de toi aussi. À l'inverse, tu ne commenceras pas à parler avec ton voisin de ta courbe de température ou du fait que t'es déçu parce que ton chum est à l'extérieur et que tu vas probablement ovuler mardi! (rires!) Tandis que les démarches d'adoption, c'est plus facile de partager ça (Juliette).*

Le caractère intime associé à la reproduction (laquelle est socialement considérée appartenir à la sphère conjugale et privée), l'incertitude liée aux résultats en procréation assistée ainsi que la méconnaissance chez le grand public des différentes procédures et techniques disponibles en médecine reproductive sont tous des facteurs qui interviennent dans cette situation et qui contribuent à faire de la PMA un sujet bien peu propice au "partage", comparativement à l'adoption. Il en est d'ailleurs de même pour les difficultés rencontrées : certains couples ont vécu difficilement le manque de ressources et de support auxquels ils ont dû faire face durant leur parcours médical. Paradoxalement, c'est souvent au moment de pénétrer le monde de l'adoption qu'ils constatent que d'autres partagent un parcours similaire au leur :

*F: Les couples que ça ne marche pas au médical et qui sont toujours en train d'apprendre du négatif, il faudrait avoir un support. Ça je trouve que ça manque. Ce n'est pas que je suis une pro-psychologue là, mais tu te retrouves tout seuls tous les deux; le tonnerre t'est tombé sur la tête, le ciel t'es tombé dessus. Il faudrait quelqu'un; des fois, juste d'en jaser, ça devient plus clair. C'est une fois qu'on a eu rencontré des couples dans le processus d'adoption qu'on a pu partager ce qu'on avait vécu avant: "et toi comment ça que t'es ici? C'est quoi? Est-ce que c'est parce que tu ne peux pas en avoir ou si c'est..."*

*H: En processus d'infertilité, t'es tout seul avec toi-même. Au début du processus d'adoption, aux premières rencontres, t'échanges avec les autres couples sur les raisons qui t'ont mené là et tu te rends compte que... oh! ça devient intéressant, là ça devient vraiment comme un... comme une nouvelle aventure! (France et Dominic)*

Le froid et le chaud. Même si l'analogie demeure caricaturale, elle témoigne quand même d'une réalité vécue par plusieurs couples : les procédures médicales demeurent largement associées à la distance, à la solitude et au manque de proximité alors que l'adoption se présente aux couples comme un nouveau projet porteur d'espoir (mais d'un type d'espoir plus concret et plus positif que celui mis de l'avant par la médecine reproductive). Évidemment, il s'agit ici de couples qui



ont rencontré des échecs successifs en PMA et qui, dans certains cas, en gardent un souvenir amer, une situation qui contribue en partie à amplifier le fossé dressé entre les deux milieux.

### 5.3.3 Cheminement et vécu personnel : entre deux types d'expérience

La dimension “cheminement et vécu personnel” présente une perspective d'analyse comparative davantage axée sur la globalité des deux milieux, c'est-à-dire sur les facteurs plus généraux qui caractérisent l'essence même des deux types de démarches. Certains thèmes ont déjà été traités dans les sections précédentes (5.3.1 et 5.3.2), mais ici, ils sont abordés sous un angle plus personnel et dans une logique transversale qui va au-delà d'un point précis de comparaison.

L'aspect intangible de la PMA est souvent mis en parallèle avec le caractère ostensible de l'adoption. À ce titre, les propos de Juliette témoignent des conséquences de cette distinction sur les plans émotif et conjugal. Par exemple, dans la métaphore de l'escalier, mise de l'avant par Juliette et Christian, l'adoption y est présentée comme une série d'étapes à franchir avec un résultat au final. De plus, l'image de l'escalier représente bien l'état d'esprit (positif) qui anime les participants en début et en cours de processus, l'image faisant référence à un mouvement “vers le haut” et à un parcours dont la fin demeure visible, donc accessible:

*Je dirais que l'adoption est plus facile que les procédures médicales! Parce qu'il y a un résultat au bout de la ligne tandis que les procédures médicales... tu fais comme vivre d'espoir, tu es déçue et tu n'as rien de tangible au bout. C'est beaucoup d'investissement de ta personne, c'est beaucoup d'investissement émotif, c'est beaucoup d'investissement du couple... c'est difficile! L'adoption, tu fais ça à deux et c'est vraiment... c'est comme monter un escalier: tu sais où tu t'en vas, c'est des étapes et tu les passes, tu sais où ça va te mener et à peu près dans combien de temps. (Juliette)*

*Je vois ça comme un escalier: tu commences au début, tu montes une marche et une autre et un moment donné tu regardes en haut, tu ne regardes pas en bas, tu te rapproches d'en haut. C'est de même qu'il faut que tu la vois la pente...si t'es toujours en train de regarder en arrière, c'est sûr que ça ne va pas vite, mais si tu regardes en avant, à chaque fois t'as une nouvelle étape de faite. C'est niais, mais juste une réunion de préparation à l'adoption et c'est comme “ah! la réunion est faite ça veut dire que ça l'avance!” (Christian)*

Associées à l'inconnu et à l'incertitude, les démarches médicales, même si elles sont privilégiées en début de parcours, semblent devenir rapidement démoralisantes lorsqu'elles se soldent en échecs répétitifs. Ainsi, certains couples, dont celui de Danielle et Louis, se sont lassés de cette

dynamique qui ne correspondait pas à leurs personnalités, ni au type de projet qu'ils avaient envie d'entreprendre :

*Je comprends les gens qui le font (in vitro), mais moi, personnellement, je n'étais pas prête à aller là, j'aimais mieux aller vers l'adoption. Pour des raisons de projet, de style de projet. Je n'y tenais pas tant que ça moi à avoir un enfant qui me ressemble. Qu'il soit de ma chair et de mon sang, ce n'était pas si important que ça pour moi. L'important, c'était plus la façon que le projet était fait. Un projet d'adoption, tant qu'à moi, est beaucoup plus trippant à vivre en tant que couple qu'un projet où tu te fais injecter des affaires. Ce n'est pas le même projet en clinique et moi et mon chum nous sommes des gens de projet! Alors, il faut que ce soit trippant! (Danielle)*

Dans son récit, Danielle aborde aussi une question soulevée à plusieurs reprises par les participants, soit l'aspect commun et partagé du projet d'adoption au sein du couple. En effet, l'adoption apparaît aux yeux des couples (et ce tant pour les hommes que pour les femmes), comme une démarche vécue "ensemble", contrairement à la grossesse qui elle concernerait davantage la femme. Dans les comparaisons qu'ils posent entre les processus d'enfantement et d'adoption, les couples distinguent très peu la grossesse issue d'essais naturels de celle issue d'assistance médicale, l'objectif étant surtout ici de mettre en évidence l'aspect égalitaire du processus d'adoption et la possibilité qu'elle offre aux deux membre du couple de s'investir de manière équivalente dans le projet<sup>16</sup> :

*Je te dirais que le projet d'adoption, on est à égalité là-dedans. Avoir un enfant, il (l'homme) donne un petit coup et après tu es neuf mois que c'est toi (la femme) qui assume. Un accouchement, tu le portes neuf mois dans ton ventre, tandis que nous autres, on l'a portée dans notre cœur tous les deux. Si j'avais accouché, lui il l'aurait eu juste dans le cœur tandis que moi je l'aurais eu dans le ventre et dans le cœur. Tandis que l'adoption, on est au même niveau (Annie).*

H: *Dans notre groupe (voyage d'adoption), il y avait un couple qui avait aussi des enfants naturels, et ils considéraient que c'est vraiment le même "feeling" qu'un accouchement. Ce qu'elle disait la personne aussi, c'est que c'est le même feeling pour le gars, tu ressens la même chose que la femme.*

F: *Je pense qu'on est plus chanceux encore que ceux qui accouchent et qui en ont un naturel! Mais c'est vrai parce que lui, il l'a vécu comme moi.*

H: *Ce couple-là, ce qu'il disait, c'est que les deux on ressent la même chose au même moment.*

F: *Tandis qu'un accouchement naturel, la femme elle souffre et tout ça; le gars voudrait souffrir aussi, mais il n'a pas...tandis que nous deux, nos émotions étaient les mêmes! (Francis et Sarah)*

*Moi, j'ai toujours dit que l'adoption c'est une grossesse de couple. Pour ça, j'y vois un avantage. Parce que les deux, nous vivons la même affaire. Quand une femme tombe enceinte, c'est sûr que le gars est content, mais il ne sent pas le petit pousser dans son ventre, c'est la femme qui sent ça. Ok oui, quand le bébé est rendu à un certain âge, l'homme peut sentir les petits coups de pied mais le vrai*

<sup>16</sup> Dans une étude portant sur la gestation pour autrui, Delaisi de Parseval et Collard (2007 : 50) font un constat similaire : dans les cas où les deux parents fournissent leurs propres gamètes et utilisent la mère porteuse strictement pour la gestation, l'expérience corporelle de la mère d'intention est parfaitement symétrique à celle de son compagnon, une situation qui leur permet de partager de la même façon la grossesse avec la gestatrice de leur enfant (Voir aussi Ouellette 1996 : 79).

*senti, c'est toujours la femme qui le vit et lui essaye de deviner ce qu'elle ressent. Il est quand même présent, mais pas de la même façon. (Danielle)*

Sous un autre angle, l'investissement dans le projet d'adoption et le fait de pouvoir "porter l'enfant dans son cœur" correspondent aussi à un désinvestissement du corps physique qui se traduit par l'arrêt de la thérapie hormonale et la fin des interventions médicales, une situation qui crée un soulagement pour certaines femmes, parfois épuisées d'être le centre d'investigations physiques et médicales:

*Quand tu vas en fécondation in vitro, t'as aussi les frais, sauf que t'es pas sûr que ça va fonctionner. Tandis que le projet d'adoption au moins, au bout du compte, t'as une p'tite binette. Et physiquement, tu n'es plus impliqué non plus : tu es impliqué dans ta tête. Mais un projet de fécondation in vitro, si tu continues à prendre des hormones, physiquement, ton corps en prend encore pour son rhume. Tandis que l'adoption, c'est sûr que ça se joue à un autre niveau. On dit souvent qu'on porte le bébé dans notre cœur au lieu de dans notre ventre pour faire des images aux enfants, mais c'est vraiment ça! L'enfant tu l'attends comme si tu le portais et que tu avais hâte qu'il sorte pour lui voir la face. (Geneviève)*

Par contre, aux yeux de certains participants, le recours à la procréation assistée, même si elle est plus invasive et moins motivante, demeure tout de même moins compliqué que l'adoption comme forme d'accès à l'enfant. Une fois de plus, l'incertitude liée aux traitements en PMA intervient dans l'attitude des couples à l'égard de leurs expériences en milieu clinique. Le caractère abstrait des démarches, le taux de réussite incertain et, finalement, l'accumulation d'un plus ou moins grand nombre d'échecs contribuent à rendre le processus médical démotivant et à faire de l'adoption, au contraire, un projet accessible :

*Ç'aurait été plus facile de faire un enfant naturellement, bin remarque que j'aurais pu avoir une grossesse super difficile et des complications, mais dans ma tête, à ce moment-là, c'était : "ok, bon ça ne marche pas (deux FIV). Il me semble que ç'aurait été facile de faire un enfant naturel, mais là on s'embarque dans une grosse aventure (adoption)". Ça impliquait plus d'énergie, ça impliquait plus de... je me rappelle qu'à ce moment-là, sans vouloir laisser tomber, je trouvais ça quand même compliqué l'adoption à comparer avec en avoir un naturel. Quand tu te lances en traitements d'infertilité, c'est très rationnel, très technique, tu n'as pas à te poser... oui tu te renseignes un peu, tu prends de l'information sur les médicaments et tout ça, mais ce n'est pas... Tandis que le projet d'adoption, oui c'était technique pour certains points parce que c'est toujours de la paperasse et des choses à préparer, mais c'était plus émotif, je sentais que ce projet-là allait marcher, que ça allait réussir fait que tu te sens bien plus impliquée, tu te dis : "dans tant de mois, on va rencontrer l'enfant" tandis que le traitement, j'y croyais mais pas tant que ça. On était quand même assez réalistes face aux taux de réussite. (Sylviane)*

Dans ce cas-ci, comme dans plusieurs autres (la question a d'ailleurs été abordée dans la section 5.1.1), le terme "naturellement" inclut aussi la grossesse issue d'une intervention médicale.

L'aspect technique et interventionniste qu'impliquent les procédures de FIV est une fois de plus totalement aplani et ramené dans la sphère naturelle. Ainsi, la différence entre l'enfant né d'une conception naturelle et celui né d'une FIV est réduite à néant, l'enfant dit naturel devenant alors l'enfant né suite à une grossesse et issu des gamètes de ses deux parents, sans égard à son mode de conception. Cette association spontanée entre le naturel et le technique témoigne de la force du mouvement d'intégration sociale et individuelle des bio-technologies et s'inscrit directement dans le concept de biosocialité avancé par Rabinow (1996) qui soutient que « *si la sociobiologie correspond à la culture construite sur une base de la métaphore de la nature, dans la biosocialité, la nature sera étudiée et modifiée grâce à la technique et deviendra finalement artificielle, tout comme la culture deviendra naturelle* » (Rabinow 1996 : 99).

#### **5.3.4 Le projet parental comme terrain commun**

L'arrivée de l'enfant est envisagée dans le cadre d'un projet qui relève davantage de l'intime et du privé que de la sphère publique et sociale. Une situation qui explique en partie l'émergence soutenue du concept de "projet parental" qui, selon Cadoret (2000), est devenu le "mot fondateur de la famille" et a surpassé la procréation en tant que principe essentiel d'accès à la filiation.

Le désir d'avoir un enfant, point de départ de chacune des trajectoires, se présente sous une forme transversale, c'est-à-dire qu'il traverse chaque étape du cheminement des couples vers l'adoption et constitue à plusieurs égards le point d'ancrage autour duquel gravitent non seulement les décisions des couples, mais également leurs représentations de la PMA et de l'adoption. D'un côté, les couples peinent à relever des traits communs entre les milieux médical et adoptif et entre les démarches entamées dans un premier temps en procréation assistée et ensuite en adoption. De l'autre, s'ils sont questionnés<sup>17</sup> sur l'unité ou, inversement, sur l'hétérogénéité des démarches et du type de projet, ils n'hésitent pas à parler d'un seul et même projet, soit celui, clairement établi, d'avoir un enfant :

---

<sup>17</sup> En cours d'entretien, les participants étaient amenés à poser une réflexion générale sur l'ensemble de leur parcours: je leur demandais, entres autres, si le fait de désirer un enfant par traitement médical et ensuite d'en avoir un par adoption était la continuité d'un même projet ou deux projets distincts?

*Pour moi, c'est le même projet... ou en tout cas c'est la même finalité qui en est résultée: c'est un enfant. Le moyen, c'est peut-être pas celui qu'on avait vu au début, mais le résultat, c'est celui qu'on voulait. Fait que pour moi, en quelque part, c'est le même projet. C'est juste qu'à un moment donné, il a fallu prendre un autre chemin. Il a fallu prendre un moment d'arrêt en cours de route pour repartir après. Le chemin était là et il a fallu arrêter et dire : "on va tourner un petit peu pour se rendre au but"'. (Jérôme)*

*C'est la continuité d'un même projet, le projet d'avoir un enfant. Le but était le même. On veut un enfant alors on suit le chemin que nous on s'est tracé. Il y a des gens qui prennent d'autres sortes de chemins; il y en a qui ne vont pas en insémination comme il y en a qui vont faire in vitro deux-trois fois. Mais pour nous, c'est un seul et même chemin. (Laurence)*

Ainsi, les procédures entamées en procréation assistée et ensuite en adoption sont entrevues par plusieurs participants comme des étapes indépendantes l'une de l'autre (ce qui les distingue) mais situées dans une logique de continuité (ce qui les rapproche) dans la mesure où l'objectif final demeure le même, soit l'accès à l'enfant et au processus de construction familiale:

*C'est deux choses différentes, mais c'est le même projet. [Silence] Ça fait partie d'une démarche pour avoir un enfant, mais c'est deux choses complètement différentes! C'est deux projets distincts parce que tu peux rester là-dedans (PMA) longtemps de vouloir avoir un bébé naturellement. Mais quand tu as oublié ça (PMA et enfant naturel), l'adoption, c'est autre chose. C'est le même projet d'avoir un enfant mais à quelque part, c'est deux choses différentes qui peuvent mener au même but. (Odile)*

*C'est un même projet, c'est une suite. C'était des étapes. On aurait pu arrêter à la première étape (PMA), ça aurait pu fonctionner là, on a passé à la deuxième (adoption). Oui, c'est un même projet. (Edith)*

*C'est la continuité d'un même projet parce qu'au départ, l'objectif, c'était d'avoir une famille et eh... on a essayé naturellement et si ça avait marché, on aurait fait le projet d'adoption pareil. Nous autres, c'était le projet d'avoir une famille. C'était notre projet d'avoir une famille. (Pier-Louis)*

Paradoxalement, même après avoir dressé plusieurs comparaisons entre les deux milieux, un peu plus de la moitié des couples considèrent quand même que leur passage en PMA et ensuite en adoption s'inscrivent dans un seul et même projet. Un constat assez surprenant considérant toutes les distinctions posées par les participants en regard des procédures, des milieux et du cheminement vécu :

*H: C'est la continuité d'un projet d'avoir des enfants, mais c'est sûr que ce n'est pas pareil. Le jour où tu décides que tu adoptes, après ça quand on a embarqué dans le processus d'adoption, qu'on a dit : "là c'est vraiment fini, on n'en veut plus d'enfants naturels", là on a vraiment séparé ça.*

*F: Le projet d'avoir des enfants c'est un, mais adopter et tout le suivi en infertilité c'est deux choses tellement différentes (Paul et Jeanne)*

La procréation médicalement assistée et l'adoption apparaissent au final comme des ressources susceptibles de pouvoir donner un enfant au couple. En ce sens, les deux types de démarches et la zone qui les sépare sont traversés par une quête commune basée sur l'accès à l'enfant. C'est le désir d'enfant qui constitue la motivation première des couples : c'est lui qui justifie les multiples interventions physiques intrinsèques à la PMA, c'est lui qui permet de dépasser certaines idées préconçues en matière de famille et d'enfantement, c'est lui finalement qui pousse les couples vers des horizons insoupçonnés et qui leur permet de regarder plus loin et d'envisager une autre façon de faire famille :

F: *Moi, je dis que c'est deux projets séparés.... parce que c'est comme si nous nous étions égarés dans des petits tunnels pour constater que ça ne fonctionnait pas. On virait de bord et un moment donné, nous avons pris une minute de réflexion et là, nous avons regardé les autres options.*

H: *...le but est le même, mais le cheminement est différent psychologiquement, physiquement. Le processus de décision n'est pas le même, ça n'implique pas les mêmes affaires.* (Dominic et France)

Le récit de France et Dominic (ou encore celui de Jérôme un peu plus haut) et leur façon de commenter eux-mêmes leur parcours représentent bien ce que Cadoret (2000 : 8) appelle le "dilemme des sociétés occidentales" qui consiste à « *préserver la méta-référence à la famille et en même temps à tenir compte de la diversité des comportements* ». Ainsi, l'idée de s'arrêter, d'analyser les possibilités et finalement de prendre un autre chemin (pour en arriver au même résultat) correspond au respect de l'exigence de préservation de la méta-référence à la famille dans un cadre de diversité (diversité des possibilités et des comportements).

\*\*\*

### **Retour sur la dimension comparative**

Dans leurs propos comparatifs, les participants en aucun temps ne font mention d'un choc vécu à l'égard des valeurs distinctes qui animent les deux milieux : pourtant, la PMA se concentre sur leur infertilité et place au centre de ses préoccupations le couple et leur désir d'enfant, alors que l'adoption quant à elle privilégie l'intérêt de l'enfant. L'arrivée et le développement des nouvelles technologies reproductives ont été associés à l'émergence et au durcissement d'une idéologie axée sur le droit d'accès à l'enfant, alors que l'adoption a toujours mis de l'avant des

valeurs associées à la protection de l'enfant. Par conséquent, on aurait pu s'attendre à ce que les couples vivent un choc entre les deux milieux, considérant le déplacement assez radical du centre d'intérêt. En ce sens, l'absence totale de tension aux yeux des couples demeure difficile à expliquer et laisse en suspens certaines questions : est-il possible que cette dialectique droits de l'enfant / droit à l'enfant soit impossible à vérifier dans les relations réelles vécues sur le terrain et que par conséquent, elle soit plus ou moins pertinente? À l'inverse, se pourrait-il que la valeur accordée à la notion de projet parental et à l'accès à l'enfant dans l'univers médical ait fini par atteindre le milieu adoptif qui, au-delà de la valeur accordée à l'intérêt de l'enfant, s'est aussi incliné devant le mouvement de valorisation du projet parental et du désir d'enfant? Une situation qui expliquerait que les parents ne vivent pas de difficultés en regard des valeurs mises de l'avant par les deux milieux. On peut aussi penser que l'adoption, bien avant l'arrivée et le développement de la PMA, accordait déjà une place centrale au projet parental des adoptants, sans pour autant négliger le principe de protection de l'intérêt de l'enfant.

## Conclusion

Les variables impliquées à l'intérieur des trajectoires suivies par les couples sont nombreuses : qu'il s'agisse du temps écoulé entre les différentes étapes, des types d'interventions subies ou encore de la position et de l'ouverture des membres du couple quant à la possibilité d'adopter, les facteurs de distinction qui interviennent dans les trajectoires des couples sont nombreux. Par contre, certains grands traits communs ou encore certains points de vue partagés par l'ensemble des participants permettent de comprendre le contexte qui caractérise cette zone de passage et les motivations sous-jacentes aux décisions et actions entreprises par les couples.

Qu'il s'agisse de la procréation assistée ou de l'adoption, les deux mettent en évidence l'énergie et l'effort (et aussi, disons-le, l'argent) que les couples sont prêts à déployer pour avoir un enfant: « *La relation conjugale est le foyer à partir duquel la parenté moderne prend son sens : [...] l'enfant est vu comme l'incarnation ou l'objectivation de la relation qu'ont entre eux ses propres parents, au lieu d'être vu comme un représentant de la lignée du père* » Dagenais (2000 : 54-55). En ce sens, les deux méthodes illustrent bien la valeur inestimable de l'enfant dans les sociétés occidentales contemporaines, une valeur qui revêt une signification à plusieurs égards différente de celle mise de l'avant dans les sociétés traditionnelles. Dans le cas de l'adoption par exemple, l'institution même ne repose plus nécessairement sur la logique de succession; aujourd'hui, on cherche d'abord à donner une famille à un enfant qui en est dépourvu et à donner un enfant à des parents qui souvent sont incapables d'en concevoir. À ce titre, l'évolution de l'adoption est significative; elle montre selon Fine (2008) comment « *le désir de descendance s'est transformé en désir d'enfant* ». Parallèlement, les propos des participants, qu'il s'agisse de PMA ou d'adoption, montrent aussi comment les questions relatives à l'arrivée de l'enfant (biologique ou adopté) ou encore à la manière d'y accéder (PMA et adoption) sont ramenées dans la sphère privée et dans un cadre conjugal, les couples décidant ensemble des différentes démarches à entreprendre. Cela est d'ailleurs rendu très visible dans les situations où le couple entreprend des démarches parallèles en PMA et en adoption et considère qu'il incombe à lui seul de décider de la suite des événements<sup>18</sup>, l'espace conjugal devenant ici un espace de liberté et

---

<sup>18</sup>Soulignant la force de l'individualité dans les représentations euro-américaines de la parenté et son influence sur l'accès et l'utilisation des NTR, Strathern met en évidence les conflits d'intérêts que cette situation fait naître dans le champ de la procréation assistée : « *Dans le langage du désir, la question des droits se transforme en droit d'accomplir ce que chacun désire et, d'une manière plus large, c'est la justification pour permettre l'accès aux*



d'autonomie individuelles dans lequel se construit le projet parental : « *La biotechnologie est devenue un facteur dans la manière des gens d'organiser leur vie : elle s'ajoute comme combinaison possible dans le champ de la reproduction et de ce qu'il faut pour concevoir un enfant* » (Strathern 2005 : 24).

Par ailleurs, certains philosophes, dont Jonas (2005) et Baudoin et Labrusse Riou (1987), rappellent le caractère profondément social de la reproduction et l'importance de tenir compte des impacts sociaux et collectifs qui émanent des différentes techniques employées en procréation médicalement assistée : « *C'est bien l'ensemble du système de parenté propre à chaque société et aux droits nationaux qui se trouve mis en question dans ses fondements comme dans sa cohérence d'ensemble* » (Baudoin et Labrusse-Riou 1987 : 213). Si la reproduction doit être considérée comme « *un acte qui ajoute de nouveaux membres à une communauté* » (Jonas 2005 : 169), il reste que dans les dernières décennies, la redéfinition du lien de conjugalité et surtout les processus d'individualisation et de démocratisation de la famille ont contribué à faire de la reproduction un phénomène privé, restreint à l'espace conjugal. À travers le recours à l'adoption et la PMA, la reproduction se retrouve inévitablement poussée dans l'espace public, les couples n'ayant d'autres choix que de recourir à une autorité tantôt médicale, tantôt judiciaire pour faire reconnaître leur désir d'enfant. Comme le mentionne Collard (2000) dans un article portant sur les études sur la parenté au tournant du 20<sup>ième</sup> siècle, le champ d'étude sur les NTR « *fait sortir la reproduction du domaine privé ou domestique car il devient de plus en plus difficile de soutenir que la reproduction est quelque chose de personnel qui n'aurait rien à voir avec le commerce, le droit, la science, la politique ou l'éthique* » (2000 : 641).

La dimension sociale de l'enfantement est donc difficilement contournable dans le cas de l'adoption et de la PMA. Par exemple, la dimension publique de la PMA a été mise en évidence plus récemment lorsque le gouvernement a annoncé qu'il financerait jusqu'à trois essais de FIV pour les couples infertiles, une décision qui a suscité plusieurs réactions au sein de la population. Les nombreuses discussions qui ont suivi cette annonce (et qui mettaient d'ailleurs parfois en parallèle la PMA et l'adoption en ce qui a trait à l'aide financière ou encore à la disponibilité des

---

*technologies, celles-ci aidant les personnes à se réaliser elles-mêmes [...] Dans ce mode de pensée, les traitements d'infertilité peuvent être considérés comme un service facilitant l'exercice des options des individus face à leurs besoins naturels* ». (Strathern 1992 : 32-8.).

enfants) montraient clairement que les deux phénomènes sont souvent abordés conjointement sur la place publique. L'adoption, bien avant l'existence de la PMA, revêtait un caractère public dans la mesure où elle impliquait (et implique toujours) l'intervention de divers acteurs sociaux (Eglise, protection de la jeunesse, autorités juridiques et gouvernementales).

Concernant le deuil de l'enfant biologique et, plus globalement, l'ensemble du parcours menant vers l'adoption, l'idée de cheminement et d'acceptation domine les propos des participants qui considèrent que la zone de passage entre la PMA et l'adoption est surtout marquée par une série de changements qui mènent graduellement vers l'adoption. Le passage entre les procédures médicales et l'adoption ou encore entre le désir d'enfant biologique et le désir d'enfant adopté n'est pas un chemin linéaire, mais se présente plutôt comme un enchevêtrement constant de situations et de facteurs divers qui cheminent et avancent dans le temps à des rythmes variés. Par conséquent, il semble que la notion même de deuil de l'enfant biologique représente une notion culturellement construite, fondée sur la valeur que nos sociétés accordent à l'apparement biologique. Les désaccords qui entourent l'utilisation et l'application de celle-ci sont sans doute représentatifs des nouvelles façons d'entrevoir les liens de parenté et de la valeur dorénavant accordée aux liens choisis.

## **CHAPITRE VI**

### **Le lien adoptif : le définir, le vivre et le partager**

Les mots et les expressions utilisés sont bien souvent révélateurs des conceptions particulières de ceux qui les utilisent. En ce sens, ils constituent une porte d'accès aux diverses façons d'entrevoir un phénomène ou une problématique (Poupart 1997, Bertaux 1997). Les propos et les points de vue des participants discutés dans ce chapitre montrent comment l'adoption demeure « *un indicateur des valeurs et des pratiques sociales liées à la parenté, à son idéologie et à son image* » (Leblic 2004 : 10). Dans le cadre de cette recherche, les discours tenus par les parents adoptifs sur les différents aspects qui entourent l'expérience de l'adoption concernent directement les conceptions et représentations dominantes de la famille et de la parenté en contexte occidental : « *parce qu'elle se situe en marge du modèle familial dominant, elle (l'adoption) requiert qu'on mette en évidence les caractéristiques fondamentales de ce dernier, notamment le fait d'associer parenté et liens de sang et, surtout, d'imposer un principe d'exclusivité de la filiation* » (Ouellette 2005-a : 113). Interrogeant l'évolution historique des pratiques et des politiques relatives à l'adoption en contexte irlandais, Shanahan (2005) mentionne que les débats autour de l'adoption sont toujours des débats sur la signification de la parenté et qu'en ce sens, ils permettent de mieux comprendre les constructions sociales de l'enfance et de la famille ainsi que l'évolution des relations entre parents, enfants et familles (2005 : 88).

À partir du phénomène de l'adoption, ce chapitre propose une réflexion sur les différentes valeurs culturelles et les représentations sociales relatives à la famille, à la reproduction, à l'enfant et à la parenté. Une première partie s'intéresse au regard que posent les participants sur le « être parent » et sur les dimensions qui lui sont sous-jacentes: comment les parents adoptifs définissent-ils le lien adoptif et leur rôle parental? Quels angles privilégient-ils pour expliquer leur position dans le champ de la parenté et des pratiques familiales? Quelle place accordent-ils aux origines de l'enfant, c'est-à-dire à son hérité, à ses parents biologiques et à son pays de naissance (dans le cas de l'adoption internationale)? Quels facteurs interviennent dans la définition qu'ils donnent de leur enfant adopté et jusqu'à quel point les composantes biologiques et génétiques sont-elles considérées intrinsèques à son identité? La deuxième partie quant à elle emprunte une direction analytique différente : les participants sont amenés à prendre un certain recul vis-à-vis de leur propre cadre familial et à situer l'adoption dans l'environnement social dans lequel ils vivent:

comment l'adoption est-elle perçue socialement et quelle influence continuent d'exercer les liens de sang dans la définition des liens de parenté? Les parents ont-ils le sentiment d'être pleinement reconnus dans leur rôle de parents ou jugent-ils que l'adoption continue d'être considérée comme un lien filiatif de deuxième ordre?

Bref, ce chapitre aborde l'adoption sous deux angles distincts : une première section s'intéresse aux différentes définitions que donnent les participants de l'adoption, du lien adoptif et de l'identité de l'enfant adopté. Cette section cherche principalement à dresser un portrait qui traduise en détail les représentations qu'entretiennent les adoptants vis-à-vis des différentes facettes de la parentalité adoptive. La deuxième section explore le regard que posent les adoptants sur la place de l'adoption dans leur propre société; elle réfère plus particulièrement à la dimension sociale du lien adoptif et cherche à situer la parentalité adoptive dans un cadre d'analyse plus englobant qui tienne compte des grandes tendances actuelles en matière de famille et de parenté. Comme ce chapitre est relativement long, il m'a semblé plus logique d'en distinguer les deux grandes sections et de présenter deux conclusions générales: une première qui suit la présentation du point 6.1 et une deuxième qui concerne le point 6.2 et qui est présentée en fin de chapitre.

## **6.1 Définir et identifier**

Lorsqu'ils livrent un témoignage ou qu'ils sont interrogés, les individus fournissent une multitude de définitions qui permet au chercheur d'identifier les orientations et les valeurs qu'ils privilégient pour qualifier un statut, pour situer une relation, ou encore pour évaluer la force de différentes influences. Les définitions de l'adoption, du rôle parental et de l'identité de l'enfant adopté varient et ne mettent pas toujours de l'avant les mêmes prémisses, ni les mêmes critères de définition. La présente section s'intéresse principalement aux regards que posent les couples adoptifs rencontrés sur les questions de parentalité, d'adoption et d'identité de l'enfant adopté. Il s'agit ici de comprendre et d'analyser l'angle que les adoptants privilégient pour parler de leur rôle de parents et de leur enfant. À partir de l'étude des différentes définitions que les couples mettent de l'avant pour déterminer les statuts, les relations et les rôles des différents membres du triangle adoptif, l'objectif est aussi de voir comment leurs propos singuliers s'articulent à des repères collectifs ou encore à des valeurs sociales partagées.

### **6.1.1 Adoption et parentalité**

Dans un premier temps, il sera donc question des conceptions et des représentations liées aux notions d'adoption et de parentalité et dans un deuxième temps des facteurs considérés déterminants dans la personnalité de l'enfant adopté.

#### **6.1.1-a) L'enfant, l'adoption, l'adopté**

Ce premier point constitue une sorte de préambule à la première grande section: il donne un aperçu des principales représentations que les adoptants entretiennent à l'égard de l'enfant, de l'adoption et de l'adopté. Il dresse les grands traits du phénomène de l'adoption tels qu'esquissés par les parents adoptifs et permet de se figurer comment ces derniers abordent l'adoption.

Plusieurs auteurs qui ont travaillé sur l'adoption et la circulation des enfants en divers contextes culturels (Goody 1969; Carroll 1970; Brady 1976; Goody 1982; Corbier 1999; Lallemand 1993, 2004) ont montré comment les pratiques d'adoption et de fosterage varient d'une époque et d'un lieu à l'autre et comment l'adoption, loin d'être toujours perçue comme une forme d'abandon de

l'enfant, peut aussi être entrevue dans une logique d'échange, de transfert ou de don : « *beaucoup de populations pensent le déplacement vécu par l'enfant moins sous les auspices de la séparation que comme un cumul de liens favorables à ce dernier dans leur diversification* » (Lallemand 2004 : 306). Ces différentes pratiques de placement, de fosterage et d'adoption mettent en évidence une logique additive et inclusive contrairement à la logique substitutive favorisée dans les pays occidentaux (Collard, Lavallée et Ouellette 2006). En contexte occidental, non seulement l'adoption est-elle enchâssée dans des cadres légaux relativement rigides, mais elle est aussi prioritairement entrevue en termes d'abandon : « *Il y a honte en Europe à se départir d'un rejeton que l'on pourrait élever soi-même. Et il y a pour nous tous de forts obstacles à saisir de l'intérieur comment procède autrui, apparemment avec sérénité, lors d'une démarche aboutissant à la cession de son rejeton* » (Lallemand 1993 : 16). Cette conception liée à l'abandon de l'enfant par sa mère serait, selon Fine et Martial (2010), relativement récente et historiquement située: « *La norme de l'amour maternel, dont la puissance s'accroît au fil du 19<sup>ième</sup> siècle et durant la première moitié du 20<sup>ième</sup> siècle, est venue transformer le don d'enfant en abandon* » (2010 : 126). Cette réalité est d'ailleurs mentionnée par Josée qui a adopté deux enfants du Québec (Banque mixte), dont le premier à la naissance, et qui considère que les origines culturelles de la mère biologique (qui a accouché au Québec) ont eu une influence sur la décision de celle-ci de céder son enfant en adoption à la naissance :

*Lucas lui, ses origines sont sud-américaines et tu vois, la mère n'a pas eu l'ombre d'une hésitation de donner son enfant et elle a été encouragée par sa famille. Je suis convaincue que si ça avait été une jeune fille québécoise pure laine, elle n'aurait probablement pas fait ce choix-là, parce qu'elle aurait fait le choix de dire "bon ok je vais me faire aider, j'ai des conditions pour au moins essayer" parce qu'elle se serait sentie hyper coupable de le donner en adoption. Comme la mère d'Annabelle (la deuxième enfant adoptée du couple), je ne suis pas sûre qu'elle "deale" bien avec ça là, publiquement là. Ici, c'est vu comme un geste d'abandon alors que moi, pour l'avoir vécu, ça a été un geste de gros bon sens (Josée).*

Au Québec, plusieurs éléments rendent impossible une représentation de l'adoption basée sur une logique de don (Ouellette 2004, 1995); d'une part, la dimension juridique dans laquelle s'insèrent les démarches adoptives contredit implicitement l'idée qu'il s'agit d'un transfert de l'enfant lui-même et d'autre part, l'impossibilité pour le donataire de faire à son tour un don qui aurait la même valeur que celui fait par le donateur vient annuler le principe de réciprocité intrinsèque à la logique du don: « *Le plus grand obstacle à interpréter l'adoption comme un don d'enfant est que la valeur socialement attribuée à ce dernier est essentiellement affective et strictement*

*inestimable. Pour cette raison, il est impensable qu'un enfant soit le support d'une relation de don véritablement libre et altruiste* » (Ouellette 2004 : 286). Ainsi, non seulement les parents ont-ils tendance à s'éloigner de cette logique de don (qui serait sans doute aussi trop lourde à porter tant pour les adoptants que pour les adoptés), mais ils situent les fondements de l'adoption d'abord dans une logique de capacités/d'incapacités parentales : soit les parents d'origine n'avaient pas les moyens et les ressources nécessaires pour assumer la venue au monde de cet enfant, soit ils n'avaient pas les compétences parentales pour s'en occuper convenablement. Cette position est d'ailleurs bien exprimée par Marc-André et Edith qui ont adopté eux aussi un bébé naissant<sup>1</sup> via la Banque mixte. Agissant d'abord à titre de famille d'accueil, ils ont pu adopter l'enfant officiellement lorsque les parents biologiques ont accepté de signer le formulaire de consentement à l'adoption:

Q: Est-ce que vous vous sentez redevables envers elle (envers la mère biologique) parce qu'elle vous donnait un enfant?

F: *non.*

H: *non. Elle ne nous donnait rien, elle s'est fait enlever quelque chose, ce n'est pas pareil. On est reconnaissants parce qu'elle a signé, mais la vie est faite comme ça et on lui a souvent dit : "c'est sûr qu'on sera toujours mal à l'aise parce que notre bonheur vient de ton malheur, mais si ce n'est pas nous autres, ce sera quelqu'un d'autre". On n'a pas à se sentir coupable. C'est comme ça que ça fonctionne dans notre société.* (Edith et Marc-André)

Au Québec, comme dans plusieurs pays occidentaux, l'adoption est alors davantage appréhendée dans une logique de protection centrée sur les besoins de l'enfant et elle se présente essentiellement comme un transfert des responsabilités et des droits parentaux à l'égard de l'enfant qui est défini comme une personne mineure à protéger (Ouellette 2000-b, Ouellette et Goubau 2009, Collard, Lavallée et Ouellette 2006). L'objectif sous-jacent à tout projet d'adoption est alors d'offrir à l'enfant une famille stable avec des parents dont les capacités parentales ont été évaluées et validées. Comme le mentionne Boisson (2008) dans un article portant sur l'analyse du concept de parentalité, « *les notions d'engagement, de responsabilité, de stabilité et de compétence sont autant de critères de jugement de l'exercice de la fonction parentale. Elles dessinent simultanément les nouveaux critères d'incrimination du mauvais parent ou du mauvais tiers : désengagement et instabilité, irresponsabilité, insuffisance et incompétence* » (Boisson 2008 : 13-14).

---

<sup>1</sup> Le couple est allé chercher l'enfant directement à l'hôpital où ils ont rencontré la mère biologique qui avait accouché quelques jours plus tôt et dont l'enfant à naître était déjà sous ordonnance de placement, les deux autres enfants du couple étant eux aussi déjà placés.

Presque de façon unanime, les couples adoptifs rencontrés s'entendent pour dire que l'adoption, c'est d'abord et avant tout une façon de fonder une famille. C'est l'option qui a été retenue pour concrétiser un projet familial qui, dans bien des cas, est souhaité et désiré au sein du couple depuis de nombreuses années. L'adoption apparaît alors comme un projet réfléchi et pleinement choisi :

*Moi je pense que l'adoption, c'est associée au bonheur; les gens savent que ceux qui se tournent vers l'adoption, c'est vraiment un choix là. C'est parce qu'ils le veulent vraiment, soit parce qu'il y a eu de l'infertilité ou par choix, mais ce n'est vraiment pas une grossesse par erreur. C'est vraiment un enfant désiré et voulu et très aimé. Je pense que les gens le sentent qu'on trippe et qu'on est heureux, qu'on a notre famille et que c'est ça qu'on voulait.* (Laurie)

H: *Je pense que l'adoption c'est beaucoup plus... ce n'est peut-être pas correct de dire cela, mais c'est peut-être plus réfléchi que certaines personnes qui peuvent avoir des enfants naturels. Parce que des fois, tu peux avoir un enfant naturel et ce n'était pas...*

F: *...ça peut être bien apprécié par après, parce que ton enfant tu l'aimes et tu ne le changerais pas, mais sur le coup, ce n'était pas prévu. Ce n'était pas très réfléchi, ni planifié. L'adoption, tu l'as désiré. C'est un avantage dans un sens parce que nous, nous pouvons le planifier au moment où on pense que nous sommes prêts pour ça, qu'on va avoir assez d'énergie, qu'on va avoir du temps à leur consacrer.* (Kevin et Juliette)

Les propos de Laurie et ceux de Kevin et Juliette montrent une facette dominante des conceptions relatives à la famille contemporaine, soit la valorisation de la planification des naissances et l'importance accordée au moment de l'arrivée de l'enfant au sein du couple. Par conséquent, la grossesse imprévue et l'arrivée impromptue d'un enfant se trouvent dévalorisées dans la mesure où elles mettent en doute non seulement le désir réel sous-jacent à la venue au monde de l'enfant, mais également la capacité des parents à lui consacrer le temps et l'énergie nécessaires. Cette situation se trouve inversée dans le cas de l'adoption, car l'enfant a été longuement attendu et désiré. En effet, l'adoption apparaît comme l'aboutissement de plusieurs années d'attente qui incluent souvent, comme nous l'avons vu, de longs mois ou même de longues années marquées par diverses tentatives de résolution de l'infertilité en milieu médical: « *Au-delà de l'aspect physique ou du deuil de l'accouchement et du fait que l'enfant ne vient pas de toi... après ça, ça reste la famille. Tu adoptes pour ça aussi. C'est clair que ça élimine presque toute cette partie-là qui n'a pas été plaisante* (les années d'infertilité) » (Dominic). Tant en ce qui concerne la PMA que l'adoption, l'idée selon laquelle un enfant, du seul fait qu'il est très désiré et attendu, mérite de voir le jour (dans le cas de la PMA) ou d'être assigné à une nouvelle famille (dans le cas de



l'adoption), est très peu remise en question. Cette attitude trouve d'ailleurs son fondement dans la valeur que les sociétés occidentales accordent au choix et à la volonté dans la définition des liens familiaux.

En même temps qu'ils reconnaissent l'adoption comme une façon de concrétiser leur projet parental et d'accéder à une vie de famille, les couples adoptifs se distancient de l'idée, pourtant largement répandue dans le grand public, selon laquelle l'adoption constitue un geste louable, voire charitable<sup>2</sup>. Une perception qui selon eux fait complètement fi du fait que le recours à l'adoption est d'abord et avant tout motivé par le désir de fonder une famille:

*Il ne faut pas être biaisés non plus là; vouloir adopter, c'est vouloir fonder une famille, et fonder une famille c'est un peu égoïste en soi. On veut avoir notre petit milieu à nous autres.*  
(Josée)

F : *“C'est un beau geste!” C'est ça qu'ils nous disent parfois les gens et ils sont surpris quand je leur dis: “Ce n'est pas un beau geste, c'est ben égoïste! On voulait un enfant, on n'a pas fait ça pour aller sauver un enfant en Chine!” On l'a fait pour nous, au départ. Tant mieux si à la fin ça finit par être “beau”, mais ce n'est pas pour ça que nous l'avons fait, c'est pour nous!*

H: *Il y a beaucoup d'étrangers qui prêtent à l'adoption un côté humanitaire: “Ah! Vous avez sauvé un enfant!” On n'a pas sauvé un enfant, nous sommes allés en chercher un. Ce n'est pas la même chose! (Juliette et Kevin)*

F: *Souvent les gens disent: “ah c'est un beau geste!” Mais honnêtement, on ne fait pas du travail humanitaire; c'est comme quand tu décides d'avoir un enfant.*

H: *Oui, on a fondé une famille et ça nous apporte une dimension positive de savoir que l'avenir va être beaucoup plus enrichissant pour l'enfant ici que là-bas, mais elle n'était pas malheureuse non plus. Ce n'est pas de la coopération internationale qu'on a fait là! Pour moi, c'était d'abord former une famille, fait que j'ai une certaine pudeur quand je me fais dire ça (que l'adoption c'est un beau geste). Je ne veux pas faire semblant que c'est ça. Quand tu y penses, si vraiment c'était de la charité, on aiderait les gens qui sont dans la misère dans leur pays. Là, ce n'est pas ça! (Robert et Martine)*

Ainsi, les parents eux-mêmes reconnaissent les motifs profondément individualistes qui se trouvent au fondement de leur décision d'adopter et du désir d'enfant dans son ensemble. Les propos des couples adoptifs mettent en évidence une réalité qui touche l'ensemble des familles dans les sociétés occidentales, et ce sans égard à l'origine biologique ou adoptive de l'enfant ou des enfants impliqué(s): la volonté de fonder une famille relève aujourd'hui davantage d'un désir

---

<sup>2</sup> Cette conception de l'adoption, c'est-à-dire le fait de considérer celle-ci comme un geste charitable, est très répandue dans le grand public. À ce titre, la section 6.2.2-b) traite en détail de cette dimension sociale de l'adoption. J'ai intégré ici brièvement la discussion dans la mesure où elle permet aux parents adoptifs de s'exprimer sur les réels motifs qui les ont menés vers l'adoption.

conjugal à travers lequel l'enfant, et plus globalement la famille, sont entrevus comme source potentielle d'épanouissement personnel (Gavarini 2001; Singly 2004, 2007). À ce titre, Juliette et Kevin constatent que l'adoption en elle-même a connu de profondes transformations au cours des dernières années, devenant pour ainsi dire une façon comme une autre d'avoir un enfant au gré des besoins et des désirs des couples adoptifs :

H: *Ça a beaucoup changé parce qu'aujourd'hui, et ça nous l'avons constaté entre les deux adoptions, l'objectif n'est plus le même pour les gens. Comme des fois, ça peut être des familles reconstituées qui ont eu des enfants biologiques chacun de leur bord, mais là, parce que leur horloge biologique est trop avancée et qu'ils ne peuvent plus avoir d'enfant, ils vont vers l'adoption... c'est quelque chose qu'on ne voyait pas avant.*

F: *Il y en a aussi que c'est un choix plutôt qu'en avoir un biologique... beaucoup de professionnels comme des chirurgiens. Eux, ils n'ont pas le temps de subir une grossesse... je dis "subir"... d'avoir une grossesse, d'accoucher, etc. Eux autres c'est: on fait les démarches, on part deux semaines, on revient et merci, bonjour. Moi j'ai vu ça dans mon milieu de travail.*

H: *Et ensuite, il y en a d'autres qui se disent eh...on connaît un couple ici à Gentilly, Karl en haut de la côte, eux ils avaient trois ou quatre garçons et ils voulaient une petite fille absolument alors...*

F: *Ils ne voulaient pas prendre la chance d'avoir un autre garçon, alors ils sont partis pour aller chercher une petite fille. J'en connais un autre couple; elle, elle est professeure et lui il est comptable. Ils avaient deux grands enfants et ça leur tentait d'avoir un autre enfant alors, ils sont partis et ils ont adopté. C'est des choses qu'on ne voyait pas il y a 20 ans. Il y a 20 ans, c'était un besoin: on veut un enfant et la seule alternative c'est l'adoption. Mais aujourd'hui ce n'est plus seulement une alternative pour les gens qui ne peuvent pas avoir d'enfant, ça a évolué. (Kevin et Juliette)*

D'autres couples, sans nier le caractère "égoïste" qui caractérise le recours à l'adoption, c'est-à-dire le fait qu'elle est d'abord un moyen pour les couples de combler un désir d'enfant et de réaliser leur projet de construction familiale, entrevoient plutôt celle-ci sous l'angle de l'échange entre parents adoptifs et enfant adopté. Certes, adopter comble le désir d'enfant des couples, mais il permet également d'offrir un cadre de vie à un enfant qui en a grandement besoin:

*On ne voit plus les choses de la même façon. Notre vie, dans le fond faut que tu vois ça de même, est faite pour dire eh... "regarde on va aller en chercher deux qui sont dans la misère et ils vont venir combler notre bonheur et on va faire leur bonheur". Ils vont nous donner beaucoup et on va leur donner beaucoup (Paul et Jeanne- en attente d'une fratrie de la Colombie).*

*Tu adoptes un enfant parce que tu veux agrandir ta famille et que c'est ta façon de le faire; c'est pour avoir une famille, pour avoir un enfant et relever les défis d'élever un enfant et non pas pour le sauver de la misère, parce que tu vas être déçue si tu n'as pas fondamentalement le goût de vivre ce que c'est. Quand t'adoptes un enfant, c'est pour toi et pour l'enfant. Ça fait ton affaire et celle de l'enfant (Laurie).*

Dans les propos ci-dessus, on retrouve en quelque sorte le principe de réciprocité intrinsèque à la logique du don, mais appliqué cette fois aux échanges entre les parents adoptifs et l'enfant. Le don n'apparaît pas ici comme un don d'enfant des parents biologiques vers les parents adoptifs, mais davantage comme un échange entre l'enfant adopté (qui est entrevu par les parents adoptifs comme une source d'épanouissement) et les parents adoptifs (qui offrent à l'enfant une famille et la plupart du temps de meilleures conditions de vie).

Deux dimensions dominent les représentations liées à l'adoption chez les couples adoptifs : le caractère individualiste et personnel de la décision (abordé ci-dessus) et la prévalence de la valeur accordée au destin. En effet, presque tous les couples interrogés soulignent avec émotion et perplexité la force du destin dans la rencontre qui les unit à leur enfant. Ainsi, l'adoption apparaît dans leurs propos comme une rencontre imprévisible mais qui se devait d'avoir lieu. Et là encore ils insistent; l'adoption ne les a pas menés vers n'importe quel enfant, mais vers LEUR enfant, celui qui leur était destiné. Les couples expriment une fascination surprenante pour cette rencontre et demeurent convaincus de l'existence d'une force supérieure qui les prédestinait non seulement à l'adoption, mais à cette rencontre tant attendue, d'où l'idée d'un "croisement de destins":

*Pourquoi que dans un orphelinat, ils sont à peu près je ne sais plus combien et que c'est elle, ce sont ces deux-là qu'ils prennent pour envoyer chez nous, comment ils font pour eh... c'est le destin. As-tu déjà pensé à cette question-là, comment ils font pour décider laquelle va où? (Mathilde)*

*En adoption, c'est des destins qui se croisent. Pourquoi lui? J'aurais pu tomber sur un autre enfant. Ça fait vraiment spécial cet effet-là de dire : "Dans nos vies là, ils (elle réfère ici à ses deux enfants) m'ont amené beaucoup et inversement et maintenant on est plus forts ensemble que séparés". Des fois je me pose la question : "qu'est-ce qu'ils auraient eu comme vie?". Tu le sens beaucoup plus parce que ce n'est pas déterminé. Quand ton enfant il sort de ton ventre, d'habitude il va rester avec toi, mais là nous autres, c'est un cadeau qui t'arrive dans ta vie. Tu fais comme "wow!" Ça reste tout le temps un peu magique comme sentiment. (Josée)*

Dans une même logique de destin, d'autres vont insister sur le fait qu'ils n'étaient tout simplement pas faits pour avoir un enfant biologique et qu'il leur aura fallu faire l'expérience de l'adoption pour le comprendre, un constat somme toute surprenant considérant leur désir initial d'avoir un enfant biologique ainsi que les nombreuses démarches entamées en milieu médical. Ce

raisonnement apparaît d'autant plus étonnant que les parents, à d'autres égards, insistent sur l'équivalence entre l'enfant biologique et l'enfant adopté et sur le type de parentalité impliquée :

*Moi, je te dirais que c'est ma plus grande fierté ma famille! Je suis fière de cette famille-là et de ce que ça crée comme dynamique. Comme je te dis, je pense que c'est ce que j'avais à faire pour fonder ma famille, mais c'est juste que je ne l'avais pas vu quand j'étais plus jeune. Je pense que je n'étais peut-être pas faite pour avoir des enfants biologiques.*  
(Danielle)

*Ce n'est pas pour rien, ce n'est vraiment pas pour rien que je ne suis pas tombée enceinte. Moi je dis qu'il n'y a pas de hasards, c'est comme ce que Francis Cabrel dit dans une de ses chansons : "il n'y a pas de hasards, seulement des rendez-vous!" Alors, c'était prévu de même.* (Laurence)

*Quand Anna a téléphoné (la responsable des projets d'adoption au Kazakhstan), moi j'y ai vu un signe : "ce n'est pas pour rien qu'elle appelle la semaine que je me fais dire que ça n'a pas marché" (échec de la FIV). C'était une grosse coïncidence quand même, fait que moi j'y ai vu un signe que c'était fait pour nous l'adoption. Avec ce qu'on a vécu et ensuite notre expérience d'avoir Karim avec nous aujourd'hui, c'est sûr que j'ai la conviction que c'est ça qui devait nous arriver. Ça ne pouvait pas être autrement. Le monde me dit : "bin voyons, si ce n'était pas toi qui l'avait adopté, ç'aurait été quelqu'un d'autre!". Mais ce n'est pas vrai ça, il y a plein d'enfants qui ne se font pas adopter.* (Félicia)

L'idée d'un chemin déjà tracé et d'une rencontre prédestinée traverse les propos de nombreux participants qui entrevoient leur enfant et plus globalement l'adoption, comme "quelque chose qui se devait d'arriver" dans leur parcours de vie. Un constat très similaire est dressé par Howell et Marre (2009) en contexte norvégien et espagnol; selon les auteurs, les parents adoptifs construisent des récits qui mettent en scène une multitude de signes et de coïncidences pour expliquer cette rencontre qui selon eux ne peut relever du pur hasard. Dans un récit particulièrement révélateur de l'importance accordée au destin et à l'aspect programmé de la rencontre entre le couple adoptif et l'enfant, Geneviève et Georges racontent comment à leur arrivée en Chine (lors de leur premier voyage d'adoption) leurs attentes et leur enthousiasme se sont effondrés: alors qu'ils se trouvaient déjà dans le pays d'adoption et attendaient en compagnie des autres couples leur départ vers la ville où se trouvait l'orphelinat, le guide est venu les trouver pour leur annoncer que leur fille était terriblement malade et que les médecins ne savaient pas si elle allait survivre ou non. Il leur donnait alors le choix d'attendre l'enfant qui était présentement hospitalisée et dans un état critique ou de s'en faire proposer une autre. Déchirés, les parents ont finalement choisi de se tourner vers une autre enfant :

*On avait eu la photo (photo de proposition), mais on n'avait pas vu l'enfant encore et on ne l'avait pas prise dans nos bras. À ce moment-là, je me rappelle, on s'est quand même dit :*

*“qu’est-ce qu’on fait ici nous autres? Est-ce qu’on essaie, quelque part, de nous dire qu’on n’est pas dûs (pour adopter ou pour avoir un enfant)?”. Finalement on a choisi qu’on nous en propose une autre et c’est là qu’on a eu la proposition de Anouk. Ça n’a pas été facile. Par contre, quand on l’a eue dans nos bras, on s’est tout de suite dit : “c’était elle qu’on venait chercher”. C’était clair. Nous, notre enfant qu’on venait chercher en Chine s’appelait Anouk, et c’était elle. Ça ne pouvait pas être une autre. Quand on me l’a mise dans les bras, tout de suite ça a été clair, je me suis dit : “tous les obstacles que j’ai franchis, ce n’est pas pour rien. C’était elle que je venais chercher et pourquoi elle n’était pas prête quand j’ai eu ma proposition il y a un mois, je ne le sais pas, mais c’était elle”. C’était vraiment clair et je n’ai jamais eu d’autres doutes. (Geneviève).*

Une fois de plus, la question du destin est ramenée au premier plan et elle apparaît d’autant plus pertinente que l’ensemble des parents s’entend pour dire que la réception de la photo de proposition constitue le point tournant du lien qui les unit à leur enfant (Belleau 2000). Cette position fait l’unanimité chez les parents adoptifs qui ont adopté à l’international : on ne reçoit pas la photo d’un simple enfant, on reçoit la photo de SON enfant. On met cette photo bien en évidence dans la maison et on attend impatiemment le grand départ. Dans ses études portant sur l’adoption en Chine, Anagnost souligne elle aussi l’impact de la photo de proposition sur la création du lien et mentionne que les parents considèrent la réception de celle-ci comme un événement significatif dans le processus d’adoption (2000 : 406). Pourtant, dans la situation décrite ci-dessus, Geneviève et Georges réutilisent autrement les points tournants (dans le processus d’adoption) que sont la réception de la photo et la première rencontre avec l’enfant pour en arriver à la conclusion que finalement le destin a bien fait les choses et les a menés à l’enfant qui leur était véritablement prédestinée. La valeur significative de la photo est désinvestie au profit de la rencontre physique : « *On avait eu la photo (photo de proposition), mais on n’avait pas encore vu l’enfant et on ne l’avait pas prise dans nos bras* ». Les couples utilisent des stratégies (ici le recours à la force du destin) qui leur permettent de justifier leurs décisions et d’intégrer les changements et les imprévus qui se présentent à eux.

Qu’est-ce qu’un enfant et comment est-il entrevu en contexte adoptif? Dans les témoignages recueillis, l’enfant symbolise l’innocence et le début de la vie. En ce sens, l’enfant adopté apparaît aux yeux de ses parents comme un être intact, en tous points semblable aux autres enfants. L’idée selon laquelle “un enfant est un enfant” souligne l’universalité du statut “enfant” et positionne ce dernier dans un espace global où les distinctions (ethniques, raciales ou autres) s’effacent. Dans le cas des parents adoptifs, le maintien d’une telle position témoigne

davantage d'un désir de situer l'enfant adopté dans un lieu commun (qui regroupe tous les enfants) que d'un désir de renier les spécificités de l'enfant adopté :

*Moi, j'ai toujours voulu adopter un enfant de toute façon, tôt ou tard. Moi ça ne me dérange pas et "anyway" un enfant, c'est un enfant. (Patrice)*

*Un enfant, c'est un enfant tout court, c'est quelqu'un qui a besoin que tu donnes et après ça, tu reçois. Ça c'est le cadeau que je ne pensais pas avoir. Parce qu'au départ, que l'enfant soit de toi ou d'ailleurs, il a les mêmes besoins. (Bernard)*

*Mais tu vois, il y en a un qui est raciste dans notre famille proche et finalement c'est lui son parrain. Aujourd'hui, il n'a plus aucun préjugé. Un enfant, c'est un enfant là; qu'elle soit typée, noire, rouge, jaune, c'est un enfant! Et ça, ça enlève bien des préjugés aux gens. (Sarah)*

*Un enfant, c'est un enfant! Que se soit un Asiatique ou de notre sang, un enfant, c'est un enfant! C'est parce que les gens se questionnent plus, c'est ça l'affaire. Parce que c'est un enfant asiatique, il faudrait qu'ils s'y prennent autrement qu'avec un enfant qu'on a naturellement. Non, c'est un enfant. C'est TON enfant, tu n'as pas à le traiter autrement. Il faut être en mesure d'enlever l'étiquette que c'est un enfant asiatique et qu'il a été adopté. Il n'y en a pas beaucoup qui l'enlèvent. Ils vont toujours les traiter comme: "Elle agit comme ça parce qu'elle s'est sentie abandonnée quand elle était bébé" Ok, peut-être que les bébés adoptés se sentent abandonnés quand ils sont petits mais si ça te suit, c'est parce qu'il y a quelque chose dans l'environnement, à mon avis. Ça, je pense que c'est nous autres mêmes qui le créent. (Alain)*

Les propos d'Alain s'inscrivent dans cette logique de l'enfant comme entité indifférenciée dans la mesure où ils soulignent l'importance pour les parents adoptifs de dépasser le statut "adopté" de l'enfant pour en arriver à considérer ce dernier comme un 'enfant', dans le sens le plus large du terme. Et c'est seulement une fois cette étape franchie que le parent pourra alors considérer son enfant au-delà des caractéristiques propres à l'enfant adopté. Ses propos ajoutent également une dimension nouvelle à la définition de l'enfant, celle de l'appartenance. L'enfant appartient à des parents et cette appropriation, dans le cas d'un enfant adopté, passe par divers chemins. Dans le cas d'Alain, c'est surtout l'éducation qui permet aux parents adoptifs de s'approprier l'enfant et de le faire sien, alors que Félicia mentionne quant à elle, l'importance de la nomination et de l'assignation légale :

*Cet enfant-là il nous appartient maintenant, les autorités là-bas ne peuvent plus rien faire; on est passés en cour, il s'appelle Karim Beaudoin-Marchand. Je suis en train d'avoir sa citoyenneté canadienne là, je vais être encore plus contente quand je vais avoir son passeport canadien. Là je vais être contente parce que quand on va sortir du pays, il va avoir son passeport canadien, pas son passeport kazakh. (Félicia)*

À l'opposé de la position de Félicia qui insiste sur l'appartenance légale de l'enfant et qui considère son changement de nom et l'octroi de sa citoyenneté canadienne comme des éléments déterminants de son appartenance à sa nouvelle famille, on retrouve chez certains parents l'idée qu'un enfant n'est pas un être que l'on peut s'approprier, qu'il soit biologique ou adopté :

*J'avais lu un article un moment donné dans le journal, ils interviewaient un gars qui lui avait décidé d'adopter et il avait dit une phrase qui moi, m'a tout le temps frappée, il a dit : "avoir un enfant, ce n'est pas un droit, c'est un devoir et il y a une différence". Les liens de sang, c'est comme, les gens pensent que c'est un droit: t'as un enfant, donc il t'appartient, tu fais ce que tu veux. Alors que quand t'adoptes, t'as le devoir de t'en occuper. Tu le vois pas comme un droit parce que tu ne l'as pas eu le droit de départ. Et pourtant il y a une différence et je pense que nous on la voit encore plus cette différence-là. (Josée)*

*Un enfant, ce n'est pas un produit consommable! Un enfant t'est prêté, il t'est seulement prêté... et c'est encore plus vrai avec l'adoption. Tu es juste là pour permettre à un enfant de grandir, d'être là. Il faut en être conscients de ça. (Danielle)*

La réflexion amenée par Josée pose dans un premier temps un parallèle entre l'enfant de sang et l'enfant adopté (avoir un enfant relève du devoir) et révèle, dans un deuxième temps, l'existence d'un cheminement réflexif particulier qui amène ici la participante à se distancier de l'idée qu'avoir un enfant représente un droit. L'utilisation dans le cas de Josée de la logique du devoir (qui prime sur celle du droit) et dans le cas de Danielle de celle du prêt (un enfant t'est prêté) mettent en évidence la réflexion que suscite l'adoption en regard du statut de l'enfant vis-à-vis de ses parents. Au final, ces deux logiques insistent sur l'impossibilité morale de s'approprier un enfant, un élément de réflexion qui demeure par contre très peu soulevé chez les autres participants.

### **6.1.1-b) Le lien parent-enfant: une relation à construire**

Les cadres de définition du rôle parental se sont multipliés : devient parent tantôt celui qui a donné naissance, tantôt celui que la société a défini comme tel par un acte juridique, ou encore celui qui élève, qui aime et prodigue des soins : « toutes ces fonctions qui autrefois se recouvraient pour définir la filiation sont actuellement diffractées et s'incarnent dans des personnes différentes » (Fine 2000-a : 17).

Les parents adoptifs posent un regard intéressant sur leur rôle de parent et situent celui-ci dans un espace qui va au-delà du lien adoptif et qui réfère plutôt à la fonction parentale dans son ensemble, sans égard au type de filiation impliquée: « *Je pense que les questions à se poser (en adoptant) équivalent à celles d'avoir un enfant tout court : ‘est-ce que vraiment, dans ma vie, je veux qu'il y ait une nouvelle personne qui va dépendre de moi et que je vais aider à cheminer dans la vie?’ Et ça, c'est autant pour un enfant adopté que naturel. On devrait toujours se poser cette question-là, même avec un enfant naturel* ». (Robert). Une fois de plus, le fait d'avoir un enfant et, par conséquent, de devenir parent, s'inscrit dans une démarche réflexive où le désir d'enfant doit idéalement faire l'objet d'une réflexion.

Sous un autre angle, le rôle parental est aussi abordé comme un “travail” d'accompagnement, le parent agissant à titre de guide vis-à-vis de son enfant. Sur cet aspect de la parentalité, la question du don refait surface dans le discours des participants; selon eux, tout parent est invariablement amené à donner les ressources, l'encadrement et l'amour nécessaires au bon développement de l'enfant. Par contre, ce don des parents dirigé vers l'enfant n'est pas considéré par les participants comme exclusif à la famille adoptive. En effet, les couples favorisent une logique d'équivalence (entre adoption et procréation) et considèrent que ce don à l'enfant concerne tous les parents, peu importe que l'enfant soit biologique ou adopté :

*Être parent pour moi, c'est ça: offrir un cadre à tes enfants pour qu'ils puissent cheminer sans avoir trop d'inquiétudes. Un cadre c'est ça, c'est de les guider. Leur faire vivre leurs propres expériences mais en même temps, les ramener dans le droit chemin. (Alain)*

*Mais sinon, élever un enfant, c'est élever un enfant. Tu t'impliques à 200% que ce soit un enfant adopté ou un enfant biologique, t'es là pour l'encadrer, le supporter, l'encourager, faire des activités... c'est le don de soi avoir un enfant, on se met aux oubliettes et on consacre tout à nos enfants (Laurie).*

*Tout ce que je veux, c'est lui donner la meilleure vie possible à Mélodie. Je pensais à ça aujourd'hui et tout ce que je veux, c'est qu'un jour, quand elle va être grande, qu'elle dise...c'est ben niaisieux parce que ce n'est pas une fille que j'apprécie particulièrement... qu'elle dise ce que Céline Dion a dit à l'Adisq, elle a dit: ‘Je remercie la vie, la vie a tellement été bonne avec moi!’ Moi, si ma fille dit ça à 35 ans, je vais avoir fait ma job! C'est ce que j'espère; juste que la vie soit bonne avec elle et c'est à moi de m'organiser pour qu'elle le soit parce que si je lui donne des bonnes valeurs, je me dis que je vais avoir fait en sorte de mettre ensemble les pièces du puzzle les plus importantes. Et quand elle sera plus vieille, ce sera à elle de finir de les assembler. (Laurence)*



Lorsqu'ils abordent les questions relatives à la parentalité et au rôle parental, les parents adoptifs insistent une fois de plus sur l'équivalence des liens biologique et adoptif. Pour dépasser cette distinction, certains couples vont référer au concept de capacités parentales qui met davantage en évidence les aptitudes parentales et la capacité à prendre soin d'un enfant que la reconnaissance spontanée issue du lien biologique qui unit parents et enfant :

*T'es parent ou tu ne l'es pas: il y a des bons parents et il y a des parents qui ne le sont pas, même s'ils sont parents. C'est vrai, il y a des parents qui ne sont pas affectueux, qui ne sont pas paternels, qui ne sont pas maternels. C'est des parents, c'est juste des parents: ils sont père et mère, mais ils ne s'occupent pas de leur enfant. Être parent, c'est subvenir aux besoins de l'enfant, mais pas uniquement en matériel ou en habits ou eh... c'est toute, c'est donner de l'amour surtout. C'est de ça qu'ils ont besoin le plus. (Simon)*

*Moi je me dis, la capacité parentale, tu peux vivre une difficulté, mais... tu as des gens qui ont les capacités intellectuelles, qui ont les capacités financières et qui ne sont pas capables d'être parents. Et il y a des gens qui sont relativement pauvres, qui sont au crochet de l'État et qui vont quand même faire des bons parents. Ils ont des difficultés, mais à la base, ils ont quand même la capacité. Le contexte économique et social joue un rôle, c'est sûr, mais à un moment donné, tu l'as ou tu ne l'as pas la capacité; il n'y a pas une demie capacité. (Marc-André)*

À certains égards, les propos de Simon et de Marc-André contredisent l'idée maintes fois soulevée par les parents adoptants selon laquelle le lien qui unit un parent à son enfant n'est pas inné, mais se construit plutôt au fil du temps. Dans ce cas-ci, les participants sont catégoriques et soutiennent "qu'il n'y a pas de demie capacité", discréditant par le fait même la possibilité que les compétences parentales puissent s'acquérir ou se développer. Par contre, le fait d'insister sur les capacités (ou les incapacités) parentales et d'en faire le point de pivot de la définition du "être parent" permet aux participants de situer la parentalité et la reconnaissance du rôle parental à l'extérieur des cadres biologiques de la reproduction et de mettre en avant-scène les qualités intrinsèques au travail d'éducation et d'accompagnement qu'implique le fait d'avoir un enfant. Pour illustrer plus clairement encore ce désinvestissement de la dimension biologique de la parentalité et, inversement, la force du lien adoptif, un des participants pose une réflexion à partir d'une mise en situation fictive: « Si tu accouches, je prends ton bébé et ils (infirmières) se trompent de berceau. Je raconte une menterie à l'infirmière et je l'échange. Ils t'amènent un bébé qui a les cheveux noirs et ton bébé avait aussi les cheveux noirs. Toi tu pars avec, tu vas l'élever et quand il va avoir sept ans, je te dis que ce n'était pas ton bébé, ton vrai bébé, il est là-bas. Qu'est-ce tu vas faire? Vas-tu dire : "je veux l'autre" ? C'est l'enfant que tu as élevé qui est le plus important, tu comprends? » (Patrice). Le même type de réflexion est soulevé par

Danielle qui, quant à elle, illustre son propos en ayant recours au personnage littéraire très connu qu'est le Petit Prince<sup>3</sup>:

*Ce qui crée le lien avec ton enfant c'est comme l'histoire de Saint-Exupéry et du Petit Prince avec sa rose et avec le renard. Quand tu prends ta rose, tu sais que ta rose est importante. Je me suis déjà fait compter qu'une mère biologique avait trouvé son enfant laid à la naissance parce que sa tête ressemblait à un ballon de football à cause qu'ils (médecins) avaient utilisé la suce pour le sortir. Ça avait pris plus qu'une semaine avant qu'elle le trouve beau alors... ce n'est pas inné. (Danielle)*

Une fois de plus, la métaphore soulevée s'inscrit dans un désir de mettre en évidence la force des liens créés et entretenus. Dans ce cas-ci, la participante ne réfère pas directement aux capacités et aux aptitudes parentales, mais elle évoque tout de même l'importance de la présence et du "prendre soin" dans le lien qui unit les parents à leur enfant. La participante termine son propos en mentionnant l'exemple d'un enfant biologique que la mère trouvait laid à la naissance; par le biais de cette histoire, elle laisse entendre que cette même logique d'appropriation ne s'applique pas strictement au lien adoptif, mais concerne également la relation entre la mère biologique et son enfant. Ainsi, si la force du lien adoptif est largement reconnue au sein des couples adoptifs, plusieurs font tout de même référence à ce besoin que ressentent les parents et les enfants de s'approprier l'un et l'autre. En ce sens, ils réaffirment l'aspect acquis et non inné du rôle parental; par exemple, quelques mères affirment en toute honnêteté avoir eu besoin de temps pour approprier leur enfant et, parallèlement, leur statut de mère :

*Il faut que tu t'adaptes à être maman. Il faut que tu t'adaptes et que tu te dises: "je le ne gardes pas pour 2 heures! Il va rester, il va être là!" C'est vraiment curieux comme sentiment. Quand elle te le met dans les bras, tu es extrêmement content. C'est une certaine forme d'amour, tu es content d'avoir un enfant, ça fait tellement longtemps que tu l'attends, mais d'un autre côté, tu ne le connais pas, c'est un étranger qu'elle te met dans les bras. C'est curieux comme sensation. (Elisabeth)*

*Ce n'est pas parce qu'ils te remettent un enfant que tout d'un coup tu es mère et que tout d'un coup tu l'aimes. Oui, il y en a à qui ça arrive parce que dans mon groupe, il y en a que ça été comme l'attachement immédiat: le coup de foudre entre la maman et l'enfant ou entre le père et l'enfant. Mais moi, ça n'a pas été ça. Oui, je l'aimais, mais je ne me sentais pas sa mère du tout... du tout, du tout, du tout. (Laurence)*

*Quand tu adoptes un enfant, comme moi Maude quand nous sommes allés la chercher, je l'ai aimée, mais ce n'est pas comme maintenant. Il faut que tu sois capable de te dire: "bin on va apprendre à se connaître" parce qu'au début, on est des étrangers. Il faut être capable d'être patient, de dire: "je l'aime, mais ça va devenir autre chose dans quelques mois". Sur*

<sup>3</sup> Voir en annexe 4 le chapitre XXI du livre « Le Petit Prince » de Saint-Exupéry : dans ce chapitre, le Petit prince rencontre un renard et interroge le sens de la notion d'appropriation. Le chapitre est effectivement une belle métaphore des liens qui se tissent entre les individus et de l'attachement qui en découle.

*le coup, tu n'y penses pas trop, mais après tu te dis : "oui, je l'aimais, mais pas comme je l'aime maintenant". Je pense qu'il faut que tu sois prêt à ça; ce ne sera peut-être pas le coup de foudre et l'amour fou les premières semaines, les premiers mois. C'est quelque chose qui se construit comme n'importe quelle relation (Sylvianne)*

La construction du lien parental entre l'enfant adopté et ses parents adoptifs a été longuement étudiée par Howell (2003, 2006, 2009) qui a illustré ce processus sous le qualificatif de "kinning", lequel réfère<sup>4</sup> « *to the process by which a fœtus or new born (or a previously unconnected person) is brought into a signifiant and permanent relationship with a group of people that is expressed in a kin idiom* » (Howell 2006 : 63). Selon l'auteur, le processus de kinning est universel et concerne tous les individus qui ont un nouvel enfant et qui doivent incorporer celui-ci dans un réseau de relations de parenté. Dans le cas de l'adoption internationale, le fait que les parents biologiques aient, souvent de façon anonyme, abandonné l'enfant à la naissance prive ce dernier d'existence sociale et de réseau de parenté. En devenant ce que l'auteur appelle un "socialy naked child", l'enfant est alors rendu disponible pour l'adoption et réintégré dans une nouvelle famille. Ainsi, la condition "de-kinned" de l'enfant permet à un État de céder un de ses citoyens à un nouvel État, qui lui accepte de l'accueillir: l'enfant ne sera pas "nu" dans son nouveau pays, il entre "fully clothed in new relatives" en raison de la présence de ses parents adoptifs (Howell 2009 : 264). Toujours selon Howell, le processus de "kinning" en contexte adoptif permet aux familles adoptives de négocier la dichotomie qui prévaut ailleurs dans la société entre le social et le biologique et implique autant les parents adoptifs que les enfants adoptés : « *À travers le processus de "kinning", les parents adoptifs ne font pas qu'incorporer leurs enfants dans leur propre parenté, ils se transforment eux-mêmes en tant que parents. [...] Les deux parties se recréent l'une et l'autre intersubjectivement en tant qu'individus et aussi en tant que parents et enfants* » (Howell 2006 : 64-65). Un raisonnement similaire à celui de Howell est présenté par (Boltanski 2004) dans son œuvre intitulée "La condition fœtale : une sociologie de l'engendrement et de l'avortement". L'auteur, sans aborder directement la question de l'adoption, soutient que l'avortement, pour être compris, doit être inséré dans une grammaire de l'engendrement, laquelle définit les conditions qui permettent à des êtres nouveaux de prendre place auprès des êtres humains. La singularité qui définit l'essence même de l'être humain doit être instituée à chaque venue au monde, principe d'assignation qui

---

<sup>4</sup> Il me semble important ici de donner la définition intégrale du concept, c'est-à-dire de la présenter dans sa langue d'origine.

permet d'échapper à la possibilité d'une production en série d'être non-différenciés. Cette pratique permettrait également de distinguer deux types de fœtus: le fœtus authentique (celui au centre du projet parental) et le fœtus tumoral (entrevu comme une prolifération cellulaire dont l'avortement peut libérer la femme) (Boltanski 2004).

Dans l'ensemble des propos soulevés par les participants concernant le lien parental, c'est surtout l'aspect construit de la relation entre le parent et l'enfant qui est mis en évidence. Le rôle de guide et d'accompagnateur qui incombe aux parents est rendu plus visible encore dans les cas d'adoption en Banque mixte puisque les parents adoptifs, qui agissent initialement à titre de famille d'accueil, doivent accepter le risque (au moins durant les premiers mois) que l'enfant retourne dans sa famille d'origine. Cette situation, vécue difficilement par la plupart des couples adoptifs, oblige ces derniers à revisiter leurs définitions du rôle parental et à intégrer l'idée que l'enfant n'est pas un dû, mais avant tout un être à accompagner et à protéger :

*Un moment donné, on a suivi des formations avec le Centre Jeunesse sur le développement de 0 à 1 an, quelque chose comme ça, et finalement moi j'avais compris quelque chose dans cette formation-là. Ils disaient que l'enfant de 0 à 12 mois, c'est beaucoup à ce stade-là qu'il développe, par exemple, la logique ou le raisonnement. Ils (intervenants) disaient que cette base-là, c'est ce qui fait que dans la vie, tu vas avoir un bon jugement ou que tu vas être capable de te débrouiller pour vivre sainement au travers des... des problèmes et énigmes à résoudre dans ta vie. Ils disaient que même si l'enfant par après il s'en va ailleurs, il ne perdra jamais ça. Moi je me suis accrochée à ça, et je me suis dis : "même si Annabelle elle repart, je vais lui avoir fourni une solidité qui toute sa vie va lui servir à affronter des situations déséquilibrées". Tu te dis aussi : "bin coudonc, si sa mère elle se replace..." Un moment donné, t'arrêtes de te dire que ça t'est dû à toi de la garder. C'est sûr que t'essayes quand même de donner un sens à tout ça et je pense que je l'ai trouvé en me disant que ce qu'on lui avait donné, ce n'était pas perdu pour elle. (Josée)*

Après une année au cours de laquelle ils ont eu le statut de famille d'accueil, Josée et Serge ont finalement pu adopter Annabelle. Par contre, il semble évident que les parents impliqués dans des projets d'adoption via la Banque mixte sont confrontés à des situations qui les obligent non seulement à envisager le départ potentiel de l'enfant, mais également à se définir comme parents à travers le rôle d'accompagnateur qui leur incombe.

La question de la parentalité demeure un sujet sensible chez les couples adoptifs et ce d'autant plus que les statuts de "vrai" père et de "vraie" mère<sup>5</sup> continuent d'être attribués aux parents biologiques, même lorsque les enfants n'ont jamais connu, ni même rencontré ces derniers. En cours d'entretien, alors que je demandais à une participante comment elle définissait son rôle de mère et comment elle négociait avec le fait que l'attribut de la "vraie" mère soit souvent associé par l'entourage à la mère biologique, elle demeurait catégorique et particulièrement vindicative: ni l'enfant, ni l'entourage ne peut postuler que la vraie mère est la mère biologique et à cet effet, il incombe au parent adoptif de rendre la situation la plus claire possible, et ce dans l'intérêt de l'enfant adopté:

F : *Être parent, c'est être parent : si l'enfant te menace quand il est petit, exemple qu'il te dit : "Je sais ben que tu n'es pas ma mère!", mais si la mère n'est pas équilibrée et saine dans sa relation avec son enfant adopté, elle ne sera pas capable de dire: "regarde, c'est moi ta mère, est-ce que c'est clair? Oui, je ne suis pas ta mère biologique, mais je suis ta mère!". Si tu ne casses pas ton enfant qui te dit ce commentaire-là à trois, à quatre ou à six ans, c'est sûr qu'à 15 ans, ça ne changera pas. Si tu ne donnes pas des outils à tes enfants quand ils se font agacer par d'autres jeunes, tu donnes une insécurité à ton enfant à ce moment-là. Admettons que l'enfant te dit: "On sait ben que tu n'es pas ma mère biologique! Tu n'es pas ma vraie mère!" et que toi comme mère, tu ne réponds pas et que tu ne vides pas la question en lui disant: "regarde... », peut-être que sur le coup, tu ne sais pas quoi dire, mais deux-trois heures après, tu dois t'asseoir avec l'enfant pour en parler et lui dire que ça ne passe plus jamais, moi je dis: "ça ne passe plus au conseil d'administration!". Si tu ne viens pas caller ton enfant dans cette perception-là, tu lui as donné une faille, un questionnement, une interrogation qui, veux veux pas, va ressortir à l'adolescence. En tout cas, c'est ma perception, mais je ne suis pas psychologue. C'est ma perception à moi!*

Q: Mais est-ce que c'est déjà arrivé qu'ils se sont fait dire, par exemple à l'école, que tu n'es pas leur vraie mère.

F: *Oui, c'est déjà arrivé et j'ai parlé avec la petite fille: "Regarde, une mère ça fait quoi? Ça te console. Qu'est-ce que tu penses que je fais avec Arielle" Non, non, non... regarde... c'est déjà arrivé la même chose, mais moi ces cannages-là, ça ne passe pas! Non, non, non... JE suis la vraie mère!!!*

[...]

*Il faut qu'ils [elle réfère ici à ses enfants] soient assez solides pour bien délimiter cela. Moi, ce que je dis à mes enfants, c'est que ça ressemble à une petite graine. La personne qui met la petite graine dans la terre pour faire pousser une plante, elle est importante, mais si tu n'arroses pas la petite graine, que tu ne t'occupes pas de la plante et que tu ne lui donnes pas d'eau après et que tu ne la mets pas au soleil, la graine va mourir. Ton père et ta mère biologiques ont mis la petite graine mais moi, je fais en sorte que tu deviennes une fleur, une plante. Tu comprends? Oui, la personne qui a mis la petite graine dans la terre, elle est importante, mais c'est tout le reste qui donne la beauté à la plante. (Danielle)*

<sup>5</sup> Tout ce qui entoure l'utilisation du qualificatif "vrai" pour désigner un parent est traité plus en détail dans la section 6.2.1-b) intitulée "Le 'vrai' parent est celui que le sang désigne"

Dans ce seul extrait, plusieurs thématiques du lien parental et du lien adoptif sont abordées : la participante insiste sur l'importance de bien délimiter le rôle et le statut du parent adoptif dès le jeune âge de l'enfant de façon à éviter toute confusion. Par conséquent, ce travail de circonscription est celui qui permettra éventuellement à l'enfant de résister aux remarques extérieures qui ne cadrent pas avec la réalité vécue sur le plan familial. Si la plupart des parents (c'est le cas de Danielle) sont généralement empathiques à l'égard des parents biologiques (qu'ils soient connus ou non), ils considèrent tout de même qu'ils sont les principaux, voire les seuls "vrais" parents de leur enfant. Dans la discussion ci-dessus, la femme reconnaît l'importance des parents biologiques ("ce sont eux qui ont mis la petite graine dans la terre"), mais insiste sur tout le travail que déploient les adoptants (présence, soins, encadrement) et, par conséquent, sur la valeur des parents adoptifs en terme de parentalité (ce sont eux qui font "tout le reste" et qui "donnent la beauté à la plante"), d'où leur statut de "vrais parents".

#### **6.1.1-c) Entre la "maman" et la "génitrice": définition de la parenté biologique**

Dans cette section, je me suis intéressée à la définition que donnent les parents adoptifs des parents biologiques. Cette stratégie d'analyse permet de saisir comment l'existence de la famille biologique est intégrée ou non-intégrée dans les pratiques et les discours des adoptants. Elle participe également à une meilleure compréhension des différentes relations familiales et parentales qui caractérisent la parentalité adoptive. Les parents adoptifs utilisent un ensemble de qualificatifs pour désigner les parents biologiques et la variabilité des propos tenus est d'ailleurs frappante.

D'abord, notons que les références aux "parents biologiques" concernent la plupart du temps la "mère biologique". En effet, lorsqu'il est question des parents d'origine, les participants ont tendance à ne considérer que la partie féminine. Certes, tout le processus de gestation ne peut être que féminin, mais les parents adoptifs occultent complètement la possibilité que l'abandon de l'enfant puisse être une décision prise d'un commun accord (par le père et la mère) et l'attribue de facto à la mère. À ce titre, Fine (2000-a), mentionne que dans les sociétés occidentales, « *le lien entre mère et enfant est valorisé et on le considère comme naturel, instinctif, indéfectible de sorte que le don d'un enfant est perçu comme un abandon et l'abandon comme un acte contre*

*nature* » (2000 : 12). De plus, les parents ont tendance à attribuer l'héritage biologique et génétique de l'enfant à la mère et accordent très peu de place à un potentiel héritage paternel : les caractéristiques considérées comme transmissibles par les parents biologiques sont le résultat de la mère, et non du père. Pourtant, Strathern (1992, 1995) et Franklin (2001) ont déjà montré comment dans notre manière de lire la parenté en Occident, chaque nouveau-né reçoit un héritage biologique qui lui vient autant de son père que de sa mère même si le mélange génétique qu'il incarne est complètement nouveau et unique.

Cette vision très centrée sur la mère demeure particulièrement révélatrice de la force symbolique accordée à tout le processus de gestation dans les représentations de la parenté. Un constat semblable est posé par Ensellem (2007) dans un écrit où elle compare l'accouchement sous X et la PMA en regard du droit à l'enfant de connaître ses origines : « *La comparaison des deux débats permet d'affiner les critères contemporains de désignation d'un parent. Si la dimension biologique importe dans la définition de la filiation contemporaine, il semble que la grossesse et l'accouchement soient des marqueurs décisifs pour désigner ce fondement. [...] Connaître ses origines est assimilé au fait de connaître sa mère de naissance plus qu'à une dimension proprement biologique de l'engendrement* » (Ensellem 2007 : 119). Dans un article portant sur les voyages des adoptés dans leur pays d'origine ("roots trips"), Yngvesson (2005) soutient que la référence aux racines réfère simultanément au fait que l'enfant provient "naturellement" d'une autre personne et d'un autre lieu: en ce sens, la mère de naissance personnifie cet "Autre" tout comme le pays de naissance constitue un site puissant sur le plan symbolique (2005 : 37).

Reconnaître l'existence des parents d'origine au sein de la famille adoptive est une attitude aujourd'hui encouragée par la plupart des intervenants et des agences d'adoption. De nos jours, très rares sont les parents adoptifs qui n'abordent pas le sujet avec leur enfant adopté. Par le fait même, les parents se trouvent également devant l'obligation de confirmer et d'expliquer l'existence d'autres parents, en l'occurrence les parents biologiques, et ce même si ces derniers demeurent souvent inconnus, surtout dans les cas d'adoptions internationales. Évidemment, le développement de l'adoption internationale et inter- raciale a largement contribué à cette tendance, la différence des traits physiques entre parents et enfant rendant le sujet inévitable. Par contre, l'étude des propos des participants montre que les façons de définir et de présenter les

parents d'origine au sein de la famille adoptive demeurent quant à elles passablement variables. Chez les parents adoptifs qui se refusent à utiliser les termes de “mère biologique” ou de “maman” lorsqu'ils parlent à leur enfant de ses origines, l'argument évoqué est souvent la confusion qu'une telle appellation pourrait susciter chez l'enfant :

*F : Elle (sa fillette adoptée) a posé des questions quand une de mes sœurs était enceinte: “il va sortir par où ce bébé-là?” “Mais tous les bébés sortent du ventre de leur mère ; toi t'es sortie du ventre d'une madame en Chine”, Mais elle n'a pas dit : “c'est qui cette madame-là et pourquoi elle ne m'a pas gardée?”. Elle n'est jamais allée plus loin. Nous, on répond à ses questions. On en dit des fois un peu plus pour l'amener à la vérité. Quand on parle de sa mère chinoise, sa mère biologique, on prend pas le mot maman parce que pour moi, un enfant qui pense qui a deux mamans, ça ne se peut pas dans la tête d'un enfant. C'est la dame chinoise... juste pour ne pas qu'il y ait de confusion dans sa tête et pour éviter de penser qu'elle avait une maman qui a pu l'abandonner.*

*Q: malgré qu'elle va se le faire dire...*

*F: Oui, mais je ne pense pas qu'elle va dire sa maman, elle va dire une madame chinoise. À la limite, on pourrait dire une mère. Mais une mère et une maman pour moi c'est différent. Ça pourrait être sa “mère biologique”, mais pas une “maman biologique”. Je pourrais les amener à dire “mère biologique”, mais pour l'instant, c'est la “dame qui t'as portée”. Toujours avec plein de respect; je n'ai jamais dénigré cette femme-là parce que ça n'a pas dû être facile son choix. Mais à la question “es-tu sa maman?” “Oui et lui, c'est son papa”. Pour les filles, c'est très clair. Pour eux autres c'est une évidence je pense. Elles répondent à leurs amis: “ben oui, c'est ma maman, voyons!” (Geneviève)*

Les propos de Geneviève et les définitions qu'elle donne aux différents termes soulevés (“vraie maman”, “mère biologique”, “mère chinoise”, “maman biologique”, “dame qui t'as portée”) montrent comment les parents eux-mêmes doivent réfléchir aux qualificatifs disponibles pour nommer les parents biologiques et choisir lequel ou lesquels leur semblent les plus appropriés. Dans l'esprit de certains parents, un enfant ne peut tout simplement pas, d'un point de vue logique, pratique et émotif, avoir plus d'une mère ou plus d'un père. Si, de manière générale, l'espace relatif à la parenté et au lien parental a été revisité et est devenu multiforme, la dimension exclusive de la parentalité demeure tout de même privilégiée :

*Depuis qu'elle était bébé qu'on lui en parlait et qu'on lui disait que quand elle était petite, elle était avec sa nounou, parce que tu ne lui dis pas à l'âge de 4 ans “t'avais une maman là-bas et tu en as une autre ici” pour ne pas les mêler. Alors moi je leur disais qu'elles avaient leur nounou là-bas que c'est elles qui s'en occupaient jusqu'à temps que maman vienne les chercher. Mais un moment donné, elles le savent, elles le font le dé clic. Elles sont intelligentes, elles le savent que... je disais à Antoine : “Olivia elle ne nous en parle pas, mais elle doit le savoir que si elle est ici au Québec c'est parce que dans sa famille (biologique), il y a peut-être quelqu'un d'autre”. C'est la loi de l'enfant unique en Chine alors elle se dit peut-être qu'elle a un frère. Peut-être qu'elle y pense. (Mathilde)*



Dans ce cas-ci, Mathilde s'interroge également sur les questionnements que peut avoir sa fille (âgée de 9 ans) par rapport à sa famille biologique et évoque la possibilité qu'elle puisse avoir un frère. La terminaison utilisée, c'est-à-dire le recours au qualificatif de "frère" montre que malgré l'absence totale d'informations sur cette famille chinoise, la connexion biogénétique est jugée suffisante pour désigner comme "frère" un enfant né des mêmes parents que Olivia.

Dans les cas où les parents demeurent réticents à utiliser les termes de "mère" et de "maman" lorsqu'il est question des parents d'origine, leur décision s'appuie principalement sur la volonté de ne pas "mêler" l'enfant. Mais la question est sans doute beaucoup plus sociale et culturelle qu'elle n'y paraît d'un premier abord: en Occident, et ce malgré une transformation et une multiplication des formes familiales, l'établissement d'une filiation exclusive demeure une préoccupation centrale chez les parents adoptifs et à ce titre, les usages actuels de l'adoption plénière « véhiculent moins un idéal de consanguinité que le souci d'établir une filiation exclusive » (Ouellette 2000-a : 51). De plus, la notion même du meilleur intérêt de l'enfant ainsi que la définition de ses composantes varient d'un contexte culturel à l'autre. Ainsi, ce qui peut être considéré bénéfique au développement et à la stabilité de l'enfant dans un contexte culturel donné n'est pas nécessairement entrevu de la même façon dans un autre contexte culturel. Par exemple, Modell (1997) et Schachter (2009), qui ont étudié en contexte hawaïen la question des transferts d'enfants entre des groupes de traditions différentes, montrent comment le croisement entre le système américain de protection de l'enfance et les interprétations culturelles hawaïennes du transfert d'enfant est au cœur de nombreux conflits et la source d'incompréhensions.

Ainsi, le souhait de certains parents d'éviter la pleine reconnaissance des parents biologiques dans l'espace parental au nom de l'équilibre psychologique et émotif de l'enfant reflète en partie le principe d'exclusivité filiatif de notre système de parenté, principe selon lequel un enfant ne peut avoir plus de deux parents : « la norme d'exclusivité interdit de penser que la stabilité familiale d'une enfant puisse se concilier avec la coexistence de plusieurs références parentales » (Goubau et Ouellette 2006 : 26)<sup>6</sup>. Outre la logique d'exclusivité, le fait également que l'adoption plénière, d'un point de vue juridique, implique une rupture des liens entre l'enfant adopté et les parents d'origine, contribue à la tendance chez certains parents adoptifs à reléguer dans le passé

---

<sup>6</sup> Voir aussi Ouellette (1996)

l'existence des parents d'origine et à considérer que cette rupture est dans l'intérêt de l'enfant. Comme le mentionne Goubau (2000) dans un article où il s'interroge sur la possibilité d'introduire l'adoption ouverte dans les pratiques d'adoption en contexte québécois, le fait que l'adoption soit abordée « *comme un moment précis dans le temps plutôt que comme un processus évolutif impliquant différents acteurs dans un continuum* » (2000 : 79) génère beaucoup de méfiance à l'égard des ententes d'ouverture. Dans le cas de l'adoption internationale, ce point de vue témoigne également de la réticence des parents adoptifs à partager l'espace parental avec des individus qui souvent demeurent totalement inconnus :

*Océane a posé beaucoup de questions sur d'où elle venait et tout ça. Jamais on ne lui a dit : "T'as une mère en Chine" ou "T'as une mère biologique". Jamais qu'on a utilisé ces termes-là. "Il y a une madame qui a eu un grand cœur et qui t'a mise au monde". Mais on a toujours dit : "une madame". Et elle s'appelle Madame Yao, parce que son nom de famille c'est Yao. Moi j'ai toujours utilisé ce terme-là, je n'ai jamais dit : "ta mère" parce que j'ai toujours dit : "Moi, je suis ta mère de cœur et t'as aussi un père de cœur". Elle dit: "Oui, mais tu n'es pas ma vraie mère" J'ai dit : "C'est vrai, il y a quelqu'un qui est en Chine, qui est Madame Yao, qui est la dame qui t'as donné la vie". Mais jamais je n'ai utilisé le mot mère : "pourquoi que j'ai une mère ici et une mère là-bas? J'ai une mère là-bas donc j'ai de la peine parce que j'ai une mère là-bas...". Ça devient très compliqué pour un enfant. Et je lui ai dit : "Tu sais, papa et maman, ils n'avaient pas de bébé et on a entendu dire que là-bas au loin, il y avait une petite fille et c'était toi. T'avais besoin d'un papa et d'une maman alors on a pris l'avion et on est allés te chercher" (Suzanne)*

Pour pallier à leur absence du processus de gestation, de l'accouchement et des premiers mois de vie de l'enfant ainsi que pour expliquer à celui-ci le fait que, comparativement aux autres enfants qui l'entourent, il n'est pas sorti du ventre de sa mère adoptive, plusieurs parents utilisent, à l'instar de Suzanne, la métaphore du cœur et du ventre : « *Moi, je leur ai toujours dit : "maman ne t'a pas porté dans son ventre, mais elle t'a porté dans son cœur!" Même quand ils voient des femmes enceintes, je leur dis: "maman ne t'a pas porté dans son ventre, mais elle t'a porté dans son cœur! C'est une belle histoire d'amour que nous avons entre toi et moi".* » (Danielle). Largement répandue chez les parents adoptifs, l'explication selon laquelle l'enfant aurait été porté dans le cœur au lieu du ventre permet de conjuguer les dimensions affectives et biologiques; non seulement le cœur réfère-t-il à une partie physiologique du corps (ainsi le fait biologique de la grossesse n'est pas tant éclipsé que transféré sur une autre partie du corps), mais il comporte également une charge très significative sur le plan affectif. D'un point de vue rationnel et logique, cette explication n'est pas moins confondante que celle des "deux mères", pourtant elle remporte l'adhésion de la plupart des parents qui y voient une façon de mettre en

adéquation les aspects biologiques et affectifs liés à l'attente de l'enfant. Dans plusieurs cas, le parent adoptif va lui-même se définir comme un parent de cœur ou encore comme un parent de vie : « *Pour la grande (la petite est encore trop jeune), ça a toujours été clair qu'elle avait une maman de naissance, qui lui a donné naissance en Chine. On ne sait pas la raison, mais elle a été confiée à l'adoption. Sa maman de vie c'est moi et son papa de vie c'est Kevin. Ce sera nous ses parents toute sa vie. Son papa et sa maman, c'est ceux qui s'en occupent à tous les jours, qui l'aiment et qui en prennent soin. Pour elle c'est comme clair* ». (Juliette)

À l'opposé, certains parents adoptifs accordent une place de premier plan aux parents biologiques et vont même jusqu'à souligner l'importance de reconnaître pleinement l'existence de deux mamans, une attitude qui contraste avec celle décrite plus haut :

F : *Les filles, elles sont au courant de beaucoup de choses: on leur dit qu'elles ont été portées par leur mère biologique. Au début, ça peut paraître dur, mais on s'habitue. Comme l'autre jour Gabrielle, elle disait: "je m'ennuie". J'ai dit : "Pourquoi tu t'ennuies?", elle dit : "je m'ennuie de ma maman chinoise". Au début, quand tu l'entends parler de même, ça te fait quelque chose, mais avec les années tu t'habitues, et cette fois-là, Flora lui avait dit : "Ouin, mais tu ne la connais même pas!". Elles sont toutes les deux différentes, mais en même temps je suis certaine qu'elles ont les mêmes pensées, c'est juste que les deux réagissent différemment.*

H : *Elles ont une mère là-bas et une maman ici.*

F : *Il ne faut pas avoir peur d'en parler parce qu'on connaît des personnes, moi ça me fait dresser les cheveux sur la tête, eux autres c'est "la dame qui t'as portée". Mais ce n'est pas ça la réalité ; ce n'est pas juste "la dame", c'est une mère. Au début, ça peut paraître difficile, mais il faut vraiment que ce soit expliqué comme ça.* (Martin et Véronique)

Bernard, dans l'explication qu'il donne à sa fille, reconnaît l'existence de deux papas, lesquels se sont, selon lui, succédés dans le temps. De cette façon, les origines et le passé de l'enfant sont intégrés au présent et insérés dans un continuum au lieu d'être relégués dans ce que certains parents appellent une "autre vie":

H : *L'autre jour, elle m'arrive avec ça: "Le petit gars, il dit que tu n'es pas mon vrai papa", "Dans l'fond, ce n'est pas parce que je ne suis pas ton vrai papa, c'est parce que lui, ton ami, il en a juste un papa. Toi tu en as eu deux; tu en as eu un pour te faire et tu en as un autre pour prendre soin de toi. Toi ta vie c'est ça, tu en as eu deux"*

F : *Tu ne renies pas le papa chinois ou la maman chinoise.*

H : *C'est ça: je ne suis pas son père, c'est sûr, c'est sûr. Mais je suis là comme père pour prendre soin d'elle. C'est la place que j'ai et je ne veux pas tasser son géniteur pour ça.*

F : *Même chose pour moi; je ne les ai pas portées; il y a quelqu'un d'autre qui a fait ce travail-là pour moi et... et c'est correct.* (Bernard et Nadine)

Les facteurs qui expliquent un tel décalage entre les attitudes des parents adoptifs à l'égard des parents biologiques ne semblent pas liés à l'âge des enfants ou encore à celui des parents, pas plus qu'au parcours du couple en milieu médical ou aux années d'attente. En revanche, on peut croire que les parents qui ont eu recours à des services psychologiques ont été plus enclins à intégrer l'idée des deux mamans, mais rien ne permet ici de confirmer cette tendance. Par contre, l'étude de l'ensemble des témoignages permet de dégager un constat intéressant : tant chez les parents qui intègrent l'idée d'une double maman (biologique et adoptive) et d'un double papa (biologique et adoptif) et qui en parlent ouvertement avec leur enfant que chez ceux qui se refusent à une telle définition des liens parentaux, la logique d'exclusivité est particulièrement persistante. L'espace parental demeure difficile à partager, même lorsque les parents biologiques sont totalement absents physiquement du décor, comme c'est le cas dans la totalité des cas d'adoptions internationales où les parents, mêmes lorsque leurs noms sont connus, demeurent absents physiquement. L'absence totale des parents biologiques contribue sans doute à solidifier cette tendance chez les parents adoptifs « *à renforcer le sentiment d'appartenance à la parenté adoptive en opérant une mise à distance de la dimension charnelle de la parenté* » (Ouellette 2000-a: 54). En ce sens, les propos de Mathilde mettent clairement en évidence non seulement ce désir des parents adoptifs d'être reconnus comme les seuls parents de l'enfant, mais également cette peur de perdre l'exclusivité parentale qui les relie à leur enfant :

*Je vais te raconter quelque chose; la deuxième évaluation psychologique qu'on a passée pour Pénélope, on avait repris la même psychologue et elle m'avait demandé pourquoi on avait choisi encore la Chine pour notre deuxième adoption, et moi j'avais répondu: "parce que je suis sûre qu'elles ne retrouveront pas leurs parents" Et elle m'avait dit : "Tu sais, ce n'est pas mieux là!". Elle dit : "vous êtes leurs parents, c'est vous autres qui les avez bercées, c'est vous autres qui les avez nourries, mais dis-toi que ces enfants-là vont toujours avoir un manque pareil de ne pas savoir qui sont leurs vrais parents". C'est bizarre quand même, elle m'a fait cette remarque-là et c'est quelque chose à quoi je n'avais pas pensé. Moi j'ai répondu : "c'est parce que je suis sûre qu'elles ne retrouveront pas leurs parents", mais c'était surtout de peur qu'elles les retrouvent et qu'elles ne reviennent pas. (Mathilde)*

Même si cette réalité est rarement soulevée par les parents adoptifs, l'absence totale de renseignements sur les parents d'origine constitue aux yeux de certains adoptants une assurance que l'enfant demeurera avec eux et qu'ils n'auront, d'aucune manière, l'obligation de "partager" l'enfant. D'ailleurs, la plupart des parents qui acceptent de partager cet espace de la parenté (sur le plan symbolique du moins) et qui reconnaissent la valeur des parents d'origine malgré leur absence physique ne cachent pas la difficulté que cela implique sur le plan émotif. Une difficulté

qui, selon les propos de Sylviane et Laurie, repose principalement sur le fait de devoir partager le statut de “maman”, lequel demeure indivisible dans nos représentations de la famille:

F : *Pour l'instant, tout ce que je lui ai dit c'est vraiment qu'elle avait eu un autre papa et une autre maman au Kazakhstan, qu'ils n'étaient pas capables de la garder, mais qu'elle était vraiment un bon petit bébé et que nous autres, on voulait un petit bébé alors on est allés la chercher et elle est venue vivre avec nous et que maintenant on est content. C'est un peu ça là. Et en même temps, à partir du moment où tu lui dis, c'est comme... t'as peur aussi, tu te dis: "Là, elle le sait là qu'elle a une autre maman". T'as peur un peu de perdre ta place. Alors eh...*

Q: La peur de ne plus être LA maman?

F: *Oui c'est ça, parce que là maintenant, elle le sait qu'elle a eu une autre maman et un autre papa. Mais c'est comme ça et elle le sait. (Sylvianne)*

Q: Est-ce qu'elle a posé des questions sur avant, sur quand elle a été portée et par qui?

F: *Par une maman biologique, par une maman de Chine. Elle a deux mamans Catherine; elle a une maman biologique en Chine, mais on ne la connaît pas et ça, on l'a toujours expliqué comme Mme Lemieux<sup>7</sup> nous l'a dit: "C'était sûrement une très bonne maman parce qu'elle a pris soin de toi, elle t'a emmitouflée dans une doudou, dans un beau petit berceau avec un lait et elle t'a laissée aux portes d'un poste de police. Elle t'aimait tellement, mais elle ne pouvait pas t'offrir tout ce qu'elle aurait voulu. Elle savait qu'il y aurait des bons parents qui seraient capables de s'occuper de toi et de te donner tout ce dont tu avais besoin". Alors on lui a tout expliqué et elle sait tout de A à Z. "Moi j'ai deux mamans", elle le dit. Les gens sont mal à l'aise, mais elle, elle est très à l'aise avec ça: "bin oui, moi j'ai ma maman en Chine et j'ai ma maman ici". Mais c'est sûr qu'au début, même pour nous autres, ça fait mal; au début là, quand je disais "ta maman biologique", non je ne disais pas ta maman biologique, je disais "ta maman de Chine", ça me déchirait, mais je pense que c'est ce qu'il fallait faire. (Laurie)*

Laurie mentionne que “les gens sont mal à l'aise” lorsque l'enfant affirme avoir deux mamans, un constat qui vient confirmer que dans les conceptions sociales, un enfant peut difficilement avoir deux mamans. Par conséquent, peu importe les pratiques et les définitions mises de l'avant pour situer les parents biologiques, la dimension d'exclusivité dans les relations entre l'enfant et ses parents adoptifs demeure prévalente. Certains parents intègrent la présence des parents biologiques en leur donnant un statut symbolique équivalent au leur. Par contre, le fait que cette pratique crée un sentiment de douleur ou encore provoque un malaise dans l'entourage prouve la difficulté générale à dépasser le modèle familial dominant de la famille nucléaire et biologique: « *L'aisance à remettre en question la primauté des liens de sang ne signifie cependant pas que ces adoptions (adoptions internationales) se réalisent en marge du modèle familial dominant. Au*

<sup>7</sup> Mme Johanne Lemieux est travailleuse sociale, spécialisée en adoption internationale. Elle donne régulièrement des conférences sur l'adoption et sur les troubles et désordres d'attachement chez les enfants adoptés. Elle est aussi co-auteur d'un livre très connu auprès des parents adoptifs qui s'intitule *L'enfant adopté dans le monde en 15 chapitres et demi* (Chicoine, Germain et Lemieux, 2003).

*contraire, les parents adoptifs revendiquent toujours un lien exclusif avec leur enfant* » (Ouellette 2005-a : 121). Bref, notre modèle de parenté résiste à l'idée d'une parenté plurielle et cette tendance, comme l'a également montré Cadoret (2000, 2001), est aussi observable en regard de la famille d'accueil où l'enfant peut difficilement « *revendiquer une reconnaissance de parenté quotidienne vis-à-vis de sa famille d'accueil sans que ne soit niée sa parenté d'origine* » (2001 : 109).

Dans le cadre de cette recherche, dans la plupart des cas d'adoptions en Banque mixte et dans l'un des cas d'adoption internationale, les parents adoptifs ont rencontré les parents biologiques. À plusieurs égards, ces rencontres sont jugées positives et constructives par les couples. Elles semblent contribuer à une plus grande reconnaissance des parents biologiques, tout comme elles permettent de conforter les adoptants dans leur rôle de parents, et ce d'autant plus que les parents d'origine sont parfois à même de constater la valeur des adoptants sur le plan parental. C'est le cas, par exemple, d'Edith et de Marc-André qui ont adopté un garçon via la Banque mixte et qui ont toujours entretenu un contact avec les parents biologiques: « *Et quand ils viennent ici, elle n'a jamais dit : "maman". Elle avait déjà dit : "je ne te ferai pas ça, c'est toi, c'est vous autres ses parents, ce n'est pas nous autres". Nous, on faisait attention pour ne pas faire exprès pour dire à Cédric "viens voir maman" quand eux autres étaient là et la dernière conversation que j'ai eue avec elle, elle a dit : "tu peux dire maman devant moi, c'est correct"* » (Edith). Dans les trois cas d'adoptions domestiques étudiés (cinq adoptions pour trois couples), les relations entre les parents adoptifs et biologiques étaient relativement bonnes et basées sur la tolérance et l'empathie. Par exemple, Serge et Josée qui ont adopté deux enfants en Banque mixte dont l'un à la naissance, ont entretenu pendant un certain temps des liens assez étroits avec la mère biologique de leur deuxième enfant. Ils mentionnent que ces différentes rencontres ont permis de comprendre beaucoup de choses sur les origines, le passé et les circonstances de naissance de l'enfant. Selon eux, les relations harmonieuses qu'ils entretenaient avec les parents biologiques ont aussi grandement facilité le consentement à l'adoption des parents. Un point de vue partagé par Edith et Marc-André qui considèrent que la relation positive qu'ils avaient avec le père et la mère biologiques (et qui était "illégal" du point de vue de la DPJ) a largement contribué à accélérer la signature du consentement à l'adoption :

*On n'a jamais rien caché à la mère biologique dans les contacts qu'on avait, et ça, je referais la même affaire si c'était à refaire parce qu'aujourd'hui, je pense que c'est ce qui*

*nous a sauvés. Au début, quand la mère appelait, la DPJ nous reprochait ‘‘elle n’a pas à te dire ça’’, parce que des fois elle me racontait les problèmes qu’elle avait à l’école, qu’elle avait eu tant à un examen. Et la DPJ disait ‘‘non, elle n’a pas à te dire ça; quand elle appelle, c’est juste pour prendre des nouvelles de Cédric’’. Et je disais : ‘‘oui, mais quand elle appelle et qu’elle me parle d’autres choses, je ne suis pas pour lui raccrocher la ligne au nez ou dire que je ne veux pas lui parler. Je l’écoute, je ne lui donne pas des conseils, je fais juste la laisse parler’’. Ça, je sais que ça ne faisait pas leur affaire (à la DPJ), mais c’est quand même comme ça qu’on a établi un lien. (Marc-André)*

D’ailleurs, malgré la signature du consentement à l’adoption, le couple a accepté de garder contact avec la mère qui continue de téléphoner à l’occasion pour prendre des nouvelles de son garçon aujourd’hui âgé de trois ans. L’entente convient aux deux parties, même si les parents admettent que les téléphones de la mère biologique les ramènent en arrière et leur rappellent que leur fils est adopté, un fait qu’ils ont tendance à oublier dans leur vie quotidienne :

Q: Elle (mère biologique), elle a le droit d’appeler pour avoir des nouvelles?

H: *oui, on accepte qu’elle nous appelle, mais normalement ce serait fini. La loi nous a donné plein jugement. Dans le fond, elle n’existe plus juridiquement elle. Mais nous c’est l’entente qu’on a, on a mis des balises et tant qu’elle respecte ces balises-là, ça ne nous dérange pas.*

Q: Et est-ce qu’elle continue de téléphoner, par exemple dans les six derniers mois?

H: *Elle a appelé une fois ou deux, elle a appelé il y a deux mois...*

Q: Est-ce que vous aimeriez mieux qu’il n’y ait pas de contact du tout ou si ça ne vous dérange pas?

H: *Tant que ça ne change pas, comme c’est là, c’est correct.*

F: *Je te dirais que quand elle appelle, on fait toujours le saut.*

H: *Parce que pour nous autres, c’est fini. C’est loin maintenant. Même si c’est proche, c’est loin. Quand elle appelle, ça nous ramène...*

F: *Ça fait drôle, ça dérange un peu, mais on parle une dizaine de minutes, quinze minutes et c’est correct. C’est juste que ça surprend. C’est plus un effet de surprise quand elle appelle.*

H: *Parce que tu l’oublies assez rapidement. Dans ta vie, c’est fini. Tu l’oublies l’histoire, ce qui s’est passé. Il faut qu’il y ait des événements qui te rappellent que ‘‘oh, c’est vrai, on a vécu ça’’. Parce qu’on n’y pense pas au quotidien. Le téléphone te ramène à tout l’historique. (Edith et Marc-André)*

Dans certains cas d’adoptions en Banque mixte<sup>8</sup>, les enfants connaissent leurs parents d’origine et de leur côté, les parents adoptifs acceptent de faire une place à ces derniers et de les intégrer dans la vie de l’enfant, même si cela exige parfois d’aller au-delà de leur propre désir d’être reconnus comme les seuls parents de l’enfant:

*Aux rencontres, elle (mère biologique) amenait des choses à manger que nous on ne trouve pas nécessairement sains pour un enfant, mais on l’acceptait, c’était correct. On disait : ‘‘c’est ta mère de ventre’’. Ça c’était clair, dès son jeune âge, on ne voulait pas la traumatiser plus tard, donc elle a une maman de ventre et une maman de cœur. Pour le DPJ,*

<sup>8</sup> Dans le cadre de cette recherche, trois couples ont adopté en Banque mixte un total de cinq enfants: sur ces cinq adoptions, quatre ont impliqué la présence plus ou moins longue des parents d’origine. Pour trois de ces enfants adoptés, les liens avec la famille biologique ont été maintenus.

*les travailleurs sociaux, la vraie maman, c'est celle qui l'élève. Donc on lui dit "ta vraie maman c'est Marina, mais t'as une maman de ventre; t'es chanceuse, tu as deux maman". On lui amène ça positivement. Mais c'est sûr que ce n'est pas facile. Ça fait quelque chose, ça fait un pincement. Comme la semaine passée à la garderie, je ne sais pas s'il y avait des enfants qui... ou s'il y avait un livre sur la grossesse, mais en arrivant à la maison, Justine a parlé de Nathalie, sa mère biologique: "Moi dans le ventre à Nathalie...". Donc elle fait des liens, elle en parle. Elle a des choses dans sa chambre qui sont à Nathalie, qui viennent de Nathalie. Les deux filles ont des albums photos avec leur maman, avec leur première famille d'accueil et elles ont accès à ces documents-là, si on peut dire. (Lionel)*

À l'exception de Danielle et Louis, tous les couples qui ont adopté à l'international n'ont eu aucun contact avec les parents d'origine et la plupart n'ont même aucune information les concernant. Danielle et Louis ont adopté trois enfants ; Vincent (14 ans), Arielle (9 ans) et Samuel (5 ans). Au moment d'aller chercher Samuel aux Philippines, ils sont retournés voir les parents biologiques de Vincent, adopté 10 ans plus tôt au Népal. Pour Danielle, cette rencontre représente un événement significatif dont elle parle avec enthousiasme :

*Je reconnais qu'il y a une mère biologique. Mes enfants savent que je ne suis pas leur mère biologique, il n'y a pas de cachette. Je peux même te dire que quand nous sommes retournés en Asie (Philippines) pour chercher Samuel après 10 ans, nous avons rencontré le père biologique de Vincent (adopté au Népal 10 ans plus tôt) car nous savions que nous étions dans le même pays alors, nous nous sommes arrangés pour le rencontrer. Nous avons passé 9 jours avec son père biologique et nous avons connu ses frères et sœurs biologiques. C'était magique comme moment. Je ne me suis jamais sentie menacée par lui. Nous avons de la reconnaissance pour ces personnes-là. Je n'ai aucune crainte que Vincent retourne dans son pays d'origine et je souhaite que le contact s'établisse entre Vincent et Jenaki (père biologique) ainsi qu'avec ses frères et sœurs biologiques. Je le souhaite, j'espère qu'un jour ça va se faire, parce que humainement, si j'apprenais que j'ai des frères et sœurs biologiques dans un autre pays, j'aurais la curiosité d'aller les voir (Danielle).*

Danielle reconnaît le besoin des adoptés de connaître leurs origines et comprend que l'enfant puisse être porté à entreprendre des démarches pour rencontrer sa famille biologique. À plusieurs égards, il semble que le fait d'établir des liens entre les différents membres du triangle adoptif aident à mieux intérioriser la présence des parents d'origine au sein de la famille adoptive et à aborder l'adoption davantage dans un esprit de reconnaissance que dans une stricte logique d'abandon.

Dans l'ensemble des cas d'adoptions internationales étudiés, les parents font relativement peu référence aux parents biologiques, sinon pour mentionner que l'enfant devra vivre avec cet aspect manquant de son passé et que cela constitue en soi un défi à relever pour la famille adoptive. Outre cette dimension, les parents adoptifs sont peu portés à aborder la question des parents



d'origine. Dans un cas particulièrement intéressant (mais passablement marginal), le père réfère directement à la douleur qu'ont dû vivre les mères biologiques de ses enfants, mais là encore, ses propos sont plus ou moins bien compris par sa femme qui elle, de son côté, n'adhère pas à cette façon de définir les positions des parties concernées dans le processus d'adoption :

H: *On sait que cet enfant-là, il avait une mère là, il avait une mère biologique cet enfant-là. Elle était peut-être jeune, on ne sait pas la situation physique de la mère, mais il reste qu'il avait une mère pareil. Elle le laisse en adoption, mais quand même, il avait une mère et cette mère-là avait une famille aussi. Cet enfant-là, nous autres on arrive et on repart avec. Je sais qu'il est en adoption, mais y reste que...*

Q: C'est le sentiment d'aller prendre un enfant dans son milieu?

H: *Ouin.*

F: *Mais moi je ne l'ai pas ce sentiment-là.*

H: *Non?*

F: *Non parce que la mère elle l'a donné en adoption. Je pense à leurs mères, mais elles les ont donnés en adoption. Alors je n'ai jamais eu le sentiment d'aller "chercher" un enfant.*

H: *Oui, mais ça doit être déchirant pour la mère.*

F: *Oui, ça c'est sûr.*

H: *Ça doit être déchirant pour la mère. Moi je ne serais pas capable, je ne sais pas. Je me mets dans la peau de la mère admettons; elle est consciente qu'elle a eu un enfant et elle sait qu'elle a un enfant quelque part sur la planète.*

F: *Mais moi je me sens bien avec ça justement à cause de cet orphelinat-là avec lequel on a adopté, peut-être qu'avec un autre orphelinat, j'y penserais davantage, mais ça l'a été fait de manière tellement professionnelle; les mères, elles vivent souvent à l'orphelinat pendant qu'elles sont enceintes et après ça, quand elles accouchent, il y en a qui décident de repartir avec l'enfant et d'autres qui décident de le laisser en adoption. Et elles vont signer plus qu'une fois là. Ce n'est pas juste une fois sur le coup, il faut qu'elles signent plus qu'une fois, qu'elles retournent aussi après la naissance pour signer. Comme la mère à Tommy, elle est retournée plus qu'une fois parce qu'elle n'était pas sûre de sa décision. Et elles ont des psychologues là-bas; un moment donné, elle a vraiment fait le choix, mais je le sais qu'il y a des psychologues et toute une équipe pour les supporter. (Pier-Louis et Cassandra)*

Finalement, les façons de qualifier les parents biologiques, de les présenter à l'enfant et de les intégrer au cadre familial sont passablement variables. Si cette intégration semble se faire plus aisément pour les couples qui ont eu recours à la Banque mixte et qui ont pour la plupart<sup>9</sup> rencontré les parents d'origine, elle demeure plus complexe dans les cas d'adoptions internationales. Si les pratiques se déploient sous formes variées et si les qualificatifs se multiplient lorsque vient le temps de désigner "celle qui a donné vie", il semble que le désir chez les parents adoptifs de créer une famille qui, à toute fin pratique, ne contient qu'un seul père et qu'une seule mère continue d'exercer un pouvoir attractif.

<sup>9</sup> Sur les cinq adoptions en Banque mixte, quatre ont impliqué des rencontres ou des échanges entre les parents biologiques et parents adoptifs.

### 6.1.1-d) Négocier avec des antécédents inconnus

Les préoccupations manifestées par les parents adoptifs à l'égard du passé inconnu de l'enfant sont de deux types: expérientiel et génétique. D'un côté, les parents se préoccupent de ce qu'a pu vivre l'enfant avant leur arrivée (naissance, orphelinat, famille d'accueil, etc) et de l'impact de ces expériences antérieures<sup>10</sup>. De l'autre, ils s'interrogent sur les maladies ou désordres génétiques transmissibles. C'est principalement cette deuxième dimension qui est explorée dans la présente section.

L'intérêt et les préoccupations que manifestent les parents adoptifs pour les parents biologiques concernent plus particulièrement les risques liés à la transmission génétique. En effet, les adoptants entretiennent souvent plusieurs interrogations relativement au passé médical inconnu de leur enfant. Selon Lebner (2000), les préoccupations que les adoptants manifestent à l'égard des parents de naissance sont le résultat social et culturel d'un imaginaire biomédical axé sur les processus de génétisation et de médicalisation : « *Même si les familles adoptives ne ressentent plus la honte qui était associée à l'adoption il y a quelques décennies, les processus de génétisation et de médicalisation ont affecté leur manière de penser et de parler du passé de leur enfant et de sa santé future* » (Lebner 2000 : 374). Ainsi, les parents sont nombreux à s'inquiéter du passé inconnu de leur enfant et à en déplorer les conséquences actuelles sur le plan médical :

*Marilie a fait beaucoup d'eczéma au début. Elle a 13 mois, là j'ai peur un peu. Comme les poissons, les noix, des affaires de même... Est-ce qu'elle va faire des allergies alimentaires ? Ses parents ont-ils des allergies? Elle a fait de l'urticaire. Ça ce côté-là, c'est peut-être plus inquiétant des fois, parce que tu ne le sais pas. (Catherine)*

*Je pense plus aux problèmes de santé. Elle aurait pu ou même elle pourrait plus tard avoir des problèmes de santé et qu'on ne le sache pas. Des fois tu vas avoir dans ta famille... exemple du diabète; elle aurait pu faire du diabète jeune et c'est plus facile de le savoir quand tu sais qu'il y en a dans ta famille.(Sarah)*

*Comme les maladies et tout ça, c'est assez inquiétant. Il y a des choses comme son déficit d'attention que je ne peux pas relier à rien. Souvent tu vas relier ça dans la famille, mais là je n'ai rien, alors je ne peux pas savoir à quel niveau : est-ce que c'est ses parents? Est-ce qu'ils ont pris de la drogue? Des fois, c'est inquiétant parce que tu n'as rien au niveau de l'hérédité. (Odile)*

---

<sup>10</sup> Cet aspect du passé inconnu de l'enfant est abordé dans la section 6.1.2-a)

*La seule crainte qu'on a, c'est que si un jour, une des deux (le couple a deux fillettes d'origine chinoise) a une maladie quelconque, on n'a pas les antécédents médicaux. Est-ce que c'est quelque chose d'héréditaire? Ça, tu ne le sauras jamais. C'est quelque chose qu'on n'a pas et qu'elles n'auront jamais. On ne s'empêche pas de vivre nécessairement à cause de ça, mais si un jour, il se déclare quelque chose, on pourrait se sentir très démunis là-dedans. Parce qu'on ne sera pas capables de faire plus. (Jérôme)*

Les parents échappent difficilement à la signification culturelle accordée à la transmission génétique, particulièrement lorsqu'il est question de maladies. Par exemple, Juliette qui a vu la maladie de la fibrose kystique faire des ravages dans sa propre famille (deux de ses soeurs en sont décédées), est particulièrement sensible à la question des maladies génétiquement transmissibles et s'inquiète des risques qui planent sur ses filles :

*F: Moi, mon côté maternel c'est plus... pas l'inquiétude mais... quand c'est ton enfant biologique, veux veux pas, tu sais ce que tu transmets à ton enfant; il y a du cholestérol dans la famille, il y a ci et il y a ça. Il y a des possibilités X et tu fais avec. Là pour nous, c'est comme un point d'interrogation. Ça on ne le sait pas là. On n'a pas de moyens de savoir si dans leurs familles il y a des maladies graves ou des choses qui peuvent survenir.*

*H: Exemple, un antécédent de cancer ou ...*

*F: Il y a toutes sortes de maladies qui peuvent survenir et se développer. Des choses qui sont en partie héréditaires que nous on ne sait pas. C'est une petite affaire avec laquelle on vit. Quand c'est ton enfant, tu espères qu'il va rester en bonne santé, mais tu sais d'où tu pars et tu sais où aller chercher des réponses s'il survient quelque chose. Nous, nous n'avons pas ça, nous n'avons pas ces références-là... nous avons rien, rien.*

*H: Si ta grand-mère a eu le cancer du sein et que ta mère a eu le cancer du sein, ça se peut bien que toi aussi tu sois à risque. Joanie et Gloria, on ne le sait pas. On va le découvrir. (Kevin et Juliette)*

Selon Finkler (2001) la biomédecine investit le champ de la parenté et ramène celle-ci aux voies traditionnelles basées sur les liens de sang, une tendance qui selon l'auteur apparaît contraire aux changements contemporains : « *Là où les individus sociaux modernes peuvent choisir leur parenté sur une base affective, les nouvelles génétiques, paradoxalement, prescrivent les relations de parenté d'un individu sur la base de la naissance* » (Finkler 2001 : 244). Les familles adoptives se trouvent précisément à l'intersection de ces deux mouvements contraires: d'un côté, elles situent la valeur des liens familiaux dans un espace affectif dominé par la volonté et la proximité, mais de l'autre, elles sont préoccupées par la constitution génétique de l'enfant et se sentent interpellées par la dimension biologique de l'enfantement. Selon Ratz Rothman (2006), le déterminisme génétique, tant dans sa dimension sociale que scientifique, a un impact particulier sur les familles adoptives: si l'individu est entrevu en termes génétiques, alors l'enfant

adopté dont les sources génétiques ne peuvent être définies est perçu essentiellement comme un inconnu, l'enfant connu étant celui biologiquement lié à ses parents (2006 : 24).

Le passé génétique inconnu de l'enfant et l'inquiétude que cette situation soulève chez les adoptants concernent une nouvelle réalité sociale sur laquelle d'ailleurs s'appuient bon nombre de revendications relatives au droit de connaître ses origines, soit l'importance accordée à l'historique génétique pour le maintien de sa propre santé : « *De plusieurs manières, les avancées des technologies génétiques semblent avoir influencé les préoccupations sociales en matière des 'risques de santé', renforçant ainsi la préoccupation culturelle déjà prédominante avec le risque en général* » (Lebner 2000 : 372). L'intériorisation des discours médicaux fait ainsi de la connaissance de ses antécédents génétiques une responsabilité morale, voire une sorte d'assurance contre les risques liés à la santé. Dans le cas des familles adoptives, cette assurance fait défaut puisque les origines de l'enfant demeurent bien souvent inconnues.

\*\*\*

Les quatre dimensions abordées dans cette section (les caractéristiques et définitions de l'adoption, l'aspect construit du lien adoptif, le statut de la famille biologique et les antécédents inconnus de l'enfant adopté) mettent en lumière diverses facettes de la parentalité adoptive et dressent un portrait des différents critères qui interviennent lorsque les adoptants doivent définir et situer la filiation adoptive.

Le premier point (6.1.1-a) a surtout fourni une définition détaillée du phénomène de l'adoption à partir des propos des adoptants. Quant aux deux points suivants (6.1.1-b / 6.1.1-c), ils ont permis de mieux comprendre comment le lien familial en contexte adoptif s'articule à un ensemble de pratiques et de discours qui relèvent des principes dominants de la définition de la famille moderne. Dans ces sections, les parents ont insisté sur le caractère construit des relations de parenté et ont aussi montré que malgré la multiplicité des façons de définir et de qualifier la parenté biologique de l'enfant adopté, la dimension d'exclusivité associée au lien filiatif en contexte occidental contemporain persiste. Quant au point 6.1.1-d (concernant les antécédents médicaux inconnus), il ne traite pas directement du lien adoptif, mais comme il nous informe de

l'importance relativement récente accordée à la transmission des maladies et des troubles génétiques entre apparentés (une dimension développée dans la section 2.2.1-d), il m'a semblé pertinent de l'intégrer dans cette section. De plus, il met en scène un type de préoccupation maintes fois soulevé par les adoptants (plus de la moitié de ces derniers se disent préoccupés par les antécédents médicaux et les origines génétiques inconnues de l'enfant).

La prochaine section (6.1.2) reprend la thématique de la parentalité adoptive, mais insiste davantage sur la constitution et la construction de l'identité de l'adopté, selon le point de vue des adoptants. Cette section reprend en partie les représentations de l'enfant et de l'adoption exposées dans le point 6.1.1.a, mais s'intéresse plus particulièrement aux influences multiples qui interviennent dans la construction de son identité.

### 6.1.2 Le passé, l'inné et l'acquis : entre déterminismes et contingences

Dans les sciences humaines et sociales en général, l'identité réfère à une mise en relation de diverses expériences. Elle est entrevue comme une façon d'être qui dépend du rapport qu'entretient l'individu au monde qui l'entoure (Taylor 1992, 1998). Ainsi, la construction de l'identité serait tributaire de deux processus distincts et complémentaires: celui de différenciation (distinction du sujet qui passe par l'idée que l'autre n'est pas soi-même), et celui d'identification à des unités sociales particulières (j'appartiens à cette famille, ce groupe, cette communauté): « *Je ne peux pas découvrir isolément mon identité: je la négocie dans un dialogue, en partie extérieur, en partie intérieur, avec l'autre. C'est pourquoi le développement de l'idéal de l'identité engendrée de l'intérieur confère une importance capitale nouvelle à la reconnaissance d'autrui. Ma propre identité dépend essentiellement de mes relations dialogiques avec les autres* » (Taylor, 1992 : 65). Selon Malewska (2001), l'identité englobe trois caractères distincts: la constance, l'unité et la reconnaissance du même. Selon l'auteur, ces composantes s'inscrivent dans une logique dialectique et dynamique qui implique le changement dans la continuité, c'est-à-dire un aménagement permanent des divergences et des oppositions.

Cette section interroge principalement la dimension identitaire qui accompagne l'adoption et porte une attention particulière aux explications mises de l'avant par les parents pour expliquer et justifier leurs positions : qui est l'enfant adopté aux yeux des parents adoptifs et quels sont les facteurs (externes, intra-familiaux et génétiques) qui interviennent dans la définition de son identité? Quelles sont les influences qui agissent sur l'enfant et qui contribuent à faire de lui ce qu'il est aujourd'hui? Dans cette section, j'ai souhaité aller au-delà d'une définition unique de l'identité et j'ai surtout cherché à circonscrire les composantes et les différentes combinaisons qui interviennent dans les représentations que se font les participants de l'identité. Entre contingences (l'environnement, l'éducation, les expériences) et déterminismes (génétiques, biologiques, culturels), les frontières sont mouvantes et la plupart des parents reconnaissent que la personnalité, le caractère, les comportements et l'identité dans son ensemble résultent d'influences multiples et diverses. À cet égard, les participants ont d'ailleurs tendance à présenter en pourcentages ou en proportions l'importance qu'ils allouent à chacun des deux pôles, un réflexe qui démontre la force de l'axe "inné vs acquis" dans les représentations collectives. Si les discours relatifs au déterminisme génétique mis de l'avant par la science et par les médias

sont nombreux et diversifiés, il semblait pertinent de questionner directement les parents adoptifs sur la question dans la mesure où leurs représentations peuvent varier de celles qui dominent l'espace social. Notons également qu'à plusieurs niveaux, les points de vue soulevés par les parents ne se limitent pas strictement au contexte adoptif: ils s'appliquent aussi plus globalement à la constitution identitaire de l'enfant et au façonnement de la personnalité chez tout être humain. D'ailleurs, plusieurs parents juxtaposent les exemples de l'enfant adopté et de l'enfant biologique dans leurs explications et appliquent la même logique pour les deux.

### 6.1.2-a) La force du milieu

La plupart des couples insistent sur la force du milieu et de l'environnement dans la construction de l'identité. N'ayant aucun lien biologique avec l'enfant, on devine qu'ils accordent une place de premier plan à l'éducation et à l'apprentissage à partir du modèle parental présent<sup>11</sup>. Ainsi la personnalité de l'enfant se trouve ramenée à une logique de construction et de mouvance : elle évolue et se transforme en fonction principalement de l'encadrement immédiat et du modèle offert par les parents:

*Le caractère, est-ce que c'est vraiment génétique? Non, moi le caractère, je ne pense pas que c'est génétique parce qu'elle s'est développée un caractère avec nous, donc je te dirais qu'elle a des traits qui viennent de moi et d'autres qui viennent de Sarah. Je ne pense pas que... c'est sûr qu'on ne connaît pas ses vrais parents, mais je ne pense pas qu'elle ait conservé quelque chose, je ne pense pas que la génétique joue sur le caractère et la personnalité (Francis)*

*F: En même temps on ne sait pas; c'est tellement difficile de définir ce qui vient du contexte et ce qui est inné. Moi je crois en la force du milieu, c'est beaucoup plus fort ce que t'as vu et appris, que ton bagage génétique.*

*H: Moi avant d'adopter, et ça, c'est une des affaires que j'avais dit à Josée, moi j'étais déjà convaincu que 95% de la personnalité, c'est le milieu qui la façonne et je dirais qu'aujourd'hui, j'en suis encore plus convaincu (Josée et Serge).*

*F: Comme moi, je ne suis pas adoptée, mais je ressemble vraiment à mes parents. C'est épouvantable comme je ressemble à mon père, mais je ressemble à mon père parce que j'ai vécu toute ma vie avec lui, pas juste parce que je suis une partie de lui.*

*H: Parce que tu peux avoir des parents biologiques pas sportifs du tout mais si tes parents adoptifs font juste du sport, c'est sûr que l'enfant va faire du sport. Moi je pense.*

---

<sup>11</sup> Évidemment, ces couples n'ont pas été interrogés antérieurement à leur projet d'adoption; il est donc difficile de mesurer l'évolution de leur point de vue dans le temps et de voir comment leur expérience de l'adoption intervient dans les facteurs explicatifs priorisés.

*F: Il y a sûrement une partie génétique un peu, sûrement pour la personnalité un petit brin, mais je pense que c'est plus... quand t'es jeune comme ça, surtout à l'âge qu'elle a (15 mois), elle imite tout ce qu'on fait. Tout, tout, tout ce qu'on fait, elle le fait. Alors je me dis qu'un enfant apprend surtout par imitation; il va reproduire ce qu'il voit. (Laurence et Christian)*

Dans le cas ci-dessus, Laurence part d'un exemple vécu à l'intérieur de sa propre famille, (mais à l'extérieur du cadre adoptif) et explique comment la ressemblance entre elle et son père doit être attribuée avant tout au fait qu'elle a grandi avec lui et non pas à l'intervention de facteurs génétiques ou biologiques. Elle transpose ensuite cette même logique en contexte d'adoption et propose une explication globale qui implique autant l'enfant adopté que l'enfant biologique. Pour illustrer leur point de vue, plusieurs parents évoquent plus concrètement les résultats qu'ils observent chez leurs enfants, c'est-à-dire les façons de réagir qui témoignent de la force de l'apprentissage par l'exemple :

*Je pense que Arno fait des tics, des faces de Martin parce qu'il a été élevé avec Martin. Si je ne suis pas patiente, d'après moi, je vais faire un impatient. Si je n'ai pas de tolérance, il n'apprendra pas à être tolérant. Moi, je pense que c'est surtout la façon que tu les élèves, je ne pense pas que c'est génétique. Le monde qui dit: "il est comme son père quand il était petit!", oui peut-être, mais c'est normal, c'est son père qui l'élève! Prends-le, mets-le dans une autre famille dès la naissance, peut-être qu'il ne ressemblera pas du tout à son père. (Elisabeth)*

*Comme maintenant, c'est nous ses parents, elle nous ressemble. Je pense qu'il y a des traits de personnalité qu'elle va développer par osmose. Je pense que tous les enfants ont chacun un caractère différent. Même si c'est ton enfant de sang, il peut être très différent de toi. Je pense que par mimétisme, elles vont développer nos traits de caractères, notre personnalité, je pense que oui. Comme moi en vieillissant, j'ai des comportements, des gestes de mon père adoptif. Je pense que ça se transmet ça, à force de vivre avec quelqu'un. On va dans un autre pays, bin on va prendre l'accent. Je pense que c'est la même chose pour les traits de caractère ou de personnalité; ils finissent par déteindre. (Lionel)*

Le cas de Lionel est intéressant puisqu'il a lui-même été adopté dans sa jeune enfance: son père biologique est décédé alors qu'il était encore bébé et sa mère a ensuite épousé un autre homme qui a par la suite consenti à adopter Lionel. Ainsi, en observant sa propre évolution identitaire, Lionel constate qu'il ressemble à son père adoptif et que cette ressemblance est le résultat de plusieurs années de cohabitation et d'échanges. Le développement de la personnalité de l'enfant se trouve ainsi lié à un processus de reproduction des comportements appris : les enfants observent leurs parents et les imitent. Ainsi, les parents vont évoquer les similitudes entre eux et leurs enfants dans la façon de parler, de bouger, de s'exprimer. L'accent est mis sur le processus



de mimétisme qui est alors considéré plus influent que les composantes génétiques dans la construction identitaire :

F: *Je la vois grandir Simone et elle fait tout comme nous, elle est une copie de ce que l'on est!*

H: *Ils finissent par nous ressembler; nos expressions, notre parler. C'est incroyable! Même Tommy, il imite sa sœur qui elle nous imite.*

F: *Des fois, je l'observe et peu importe ce qu'elle va faire, des fois elle va dessiner, elle va lire, elle va prendre son bain, peu importe ce qu'elle va faire, on voit que c'est nous autres son modèle. Elle nous ressemble dans ses manières d'agir.* (Pier-Louis et Cassandra)

*Mais moi ce qui me trouble le plus là-dedans, c'est qu'elle prend nos manies, elle prend nos façons de faire, elle prend nos expressions, elle copie beaucoup. Elle est vraiment comme un caméléon. Même physiquement, moi je trouve que c'est extraordinaire parce qu'elle a copié plein de choses comme un enfant biologique finalement, mais elle n'a pas le côté physique.* (Suzanne)

Alors que plusieurs couples réfèrent spontanément au cadre parental et éducatif pour expliquer l'influence extérieure exercée sur l'enfant, d'autres abordent la force du milieu dans une optique plus large et vont considérer l'ensemble des expériences et des rencontres qui sont intervenues dans la vie de l'enfant. Par exemple, les mois passés en orphelinat et les conditions de vie souvent difficiles qui leur sont sous-jacentes peuvent être en soi des expériences qui interviennent dans le développement et l'acquisition de la personnalité de l'enfant. Celle-ci devient alors le reflet d'une accumulation d'expériences et d'apprentissages, d'où le caractère unique de chaque individu : « *Maintenant que je suis une adulte, j'ai tellement de phrases que mon père et ma mère m'ont apprises et de valeurs qu'ils m'ont transmises que je sais de quoi je suis formée. Je suis un individu unique qui n'est pas nécessairement comme mon père et ma mère, mais il y a tellement de valeurs qu'ils m'ont transmises qui fait que maintenant c'est aussi mes valeurs à moi avec d'autres qui se sont ajoutées. J'ai l'impression que c'est ça la personnalité* ». (Josée). Dans une même logique, un des participants aborde quant à lui l'influence de l'environnement dans son aspect longitudinal; après l'influence des parents vient celle des professeurs, des pairs et des amis. L'enfant grandit, se forge une personnalité et chemine à partir des différentes rencontres qu'il fait et en fonction des idées et des valeurs qu'il aura décidé d'endosser :

*Au niveau physique, il y a de la génétique mais le reste, c'est l'environnement, c'est ce qui nous entoure. Elles (ses deux filles) vont s'imprégner de nous jusqu'à 10-13 ans. Ensuite, elles vont commencer à faire des activités en groupe et là c'est plus les petits amis qui vont les influencer et les professeurs à l'école. C'est le bagage de l'environnement qui fait qu'elles sont ce qu'elles sont; c'est de là qu'elles prennent leurs valeurs. Elles se font leurs idées dans leur tête et se font leur propre cheminement.* (Alain)

Fait intéressant à retenir, les couples dont les enfants sont les plus jeunes et les couples qui n'ont adopté qu'un seul enfant sont plus enclins à privilégier l'environnement comme source principale d'influence sur la construction de l'identité et de la personnalité. En effet, dans les cas où les enfants étaient un peu plus vieux (4-5 ans et plus) et où la famille comptait deux enfants ou plus, les parents étaient plus enclins à relever l'existence de facteurs génétiques déterminants. D'ailleurs, certains couples dont les enfants étaient plus jeunes admettent que les influences de la génétique et de l'hérédité biologique, peu visibles pour l'instant, pourraient éventuellement devenir plus évidents:

*Sur le plan du caractère, de la formation de la personnalité, il a pris nos défauts, il a pris nos plis. Dans les interactions qu'il a avec les autres, ses défauts ou ses manies, on se reconnaît là-dedans, on se reconnaît beaucoup. Il reproduit avec ses amis ce qu'il vit ici. Peut-être qu'on verra des différences avec le temps, mais pour l'instant... je ne te dis pas que quand il aura dix ans, on ne dira pas : 'voyons, il me semble qu'on n'était pas de même'. Je ne dis pas que ça ne s'inversera pas ou qu'on ne verra pas des nuances, mais aujourd'hui, on ne les voit pas ces nuances-là. On ne voit pas le côté génétique sur le plan du caractère. (Marc-André – Cédric 3ans)*

*Je pense que la personnalité, c'est plus l'éducation et l'environnement que les gènes! Mais peut-être que quand il va être plus vieux, je vais découvrir des choses chez lui et que je vais dire : 'Ah mon Dieu, ça c'est...', c'est peut-être en vieillissant que je vais voir plus de gènes. Mais en même temps, même des enfants biologiques, des fois, tu peux te demander où est-ce qu'ils ont pris tel trait de caractère ou tel autre. (Félicia – Karim 2 ans)*

Le fait d'insister sur la force du milieu et sur l'influence de l'éducation permet aux parents adoptifs de réinscrire le processus de construction identitaire dans un cadre de transmission généalogique et filiatif. À partir d'une discussion portant sur le développement individuel et singulier de l'enfant, les parents deviennent alors en mesure d'insérer l'évolution et le devenir de leur enfant dans leur propre lignée, un processus qui à plusieurs égards devient créateur de parenté (tel que l'entend Howell 2001, 2006). Par ailleurs, il importe de souligner que l'insistance des parents sur la dimension apprise peut aussi s'expliquer par le fait qu'elle représente la dimension qui leur est la plus accessible. Ne connaissant pas (pour la plupart) les parents biologiques, il devient difficile de faire des liens entre ces derniers et certains comportements de l'enfant. À l'inverse, toute la dimension de l'acquis (particulièrement à travers le mimétisme) est présente et visible dans leur quotidien, ce qui explique sans doute en partie leur tendance à mettre l'accent sur l'incidence de l'éducation sur le devenir de l'enfant.

Paradoxalement, les parents mentionnent très peu l'influence des expériences antérieures (à l'adoption) de l'enfant sur la constitution de son identité et sur l'évolution de sa personnalité. Certes, ils reconnaissent l'existence d'une part d'inconnu dans le vécu de l'enfant adopté (surtout en contexte d'adoption internationale où les parents ont peu d'informations sur le début de vie de l'enfant), mais tout se passe comme s'ils n'arrivaient pas à déterminer la force et l'influence de ces expériences passées dans la vie actuelle de l'enfant et dans la constitution de son identité. Cette situation est bien rendue par les propos de Kevin, de Simon et de Zoé :

*H : L'enfant adopté a un vécu sur lequel tu n'as pas de contrôle. On ne part pas avec un disque vierge, il y a un petit bout qui a été là avant nous et il faut composer avec ça, il faut être prêt à ça (Kevin)*

*C'est un défi d'essayer de comprendre ton enfant et d'essayer de lui donner ce qu'il a besoin et de pallier à ce manque-là, à ces 10 mois où on n'était pas là. Il faut être prêt à ça; il y a des comportements qu'on ne sait pas... on ne sait pas ce qui s'est passé durant le temps qu'elles étaient là-bas. Il y a un bout de vie qu'on ne sait pas. Un enfant biologique, la femme le porte dans son bedon, elle le flatte et elle lui parle. Probablement qu'il y a déjà une sécurité. (Simon)*

*On se rend compte quand même des dix mois qu'on n'a pas eus avec elle. Tu te dis: "ces dix mois-là, je n'étais pas avec elle...". Comme pour ses premières dents, on n'était pas là, les deux premières. Sur des niaiseries de même, sur du temps que tu as l'impression de pas avoir eu avec elle et que tu ne sais pas avec qui elle l'a passé. (Zoé)*

Ainsi, les parents abordent cette dimension du passé inconnu comme quelque chose qu'ils doivent apprivoiser et accepter, comme une partie de la vie de leur enfant qui leur échappe. S'ils sont peu enclins à situer clairement ces événements dans la constitution identitaire de leur enfant, ils demeurent tout de même sensibles à cette réalité et sont conscients que ces expériences antérieures interviennent dans certaines situations post-adoption :

*Pour elle (Léa-Rose), ça n'a pas été facile. Elle a été retrouvée, elle avait une quinzaine de jours, elle a passé les six premiers mois à l'orphelinat et les six autres mois dans une famille d'accueil. Elle avait un an quand elle est arrivée, alors elle avait déjà son passé. On le sentait qu'elle était comme un petit chat sauvage, elle ne s'est pas laissée apprivoiser tout de suite. Ça a été long; ça a pris un bon six mois avant qu'elle mette ses mains autour de moi là. Je la prenais, par exemple dans sa couchette, et elle se mettait les deux bras comme ça (la participante fait le geste d'une croix avec ses bras sur sa poitrine) (Odile).*

*La seule chose que je... j'ai toujours la préoccupation qu'il a été abandonné et je me demande comment il se sent dans son cœur? Comment il se sent dans sa tête? Parce qu'il y a plein de gens qui ne connaissent pas ça et qui me disent : "bin voyons, il avait juste 8 mois!", mais j'ai assez lu là-dessus pour savoir qu'il y a une mémoire sans souvenir et j'ai ma mère aussi (sa mère a été adoptée) qui me confirme qu'elle a eu le sentiment toute sa vie d'avoir été abandonnée et c'est un sentiment non explicable et pourtant ma mère, elle est super équilibrée (Félicia).*

Parfois, les parents vont dresser certains parallèles entre le vécu antérieur de l'enfant et des réactions particulières que celui-ci peut avoir dans divers contextes. Les anecdotes racontées par France et Dominic, Félicia et Kevin et Juliette sont particulièrement parlantes : s'interrogeant sur certains comportements de l'enfant qui leur apparaissent "mystérieux", ils réfèrent à son passé inconnu pour les expliquer. Par contre, au final, les adoptants demeurent toujours aussi incertains en ce qui concerne l'impact sur l'enfant de ces événements passés:

*Par exemple, Joanie, tout le temps qu'elle était petite, il n'était pas question de l'attacher dans une poussette ou dans sa chaise-haute; il ne fallait pas que je l'attache parce que c'était la crise. Elle n'a jamais enduré d'être attachée, d'être prise. Quand nous lui avons acheté son vélo, nous avons été magasiner les casques de vélos... hiiiiiiii! Joanie a comme des marques en arrière de la tête, elle a des plaques, comme des brûlures. Nous, on suppose que lorsqu'ils l'attachaient à l'orphelinat, elle devait probablement se cogner la tête et un moment donné, ils ont dû lui mettre un casque pour ne pas qu'elle se blesse. C'est ce qu'on a pensé quand nous avons été acheter son casque de vélo: on est au Canadian Tire avec elle, elle est toute contente, on regarde les casques, on lui fait choisir la couleur, on déballe ça pour lui essayer et savoir si ça va faire... on aurait dit une crise d'épilepsie! On cherchait quasiment l'extincteur pour l'éteindre, ça n'avait pas de bon sens!!! Elle hurlait, elle se tirait par terre. On n'a jamais été capables de lui mettre ça sur la tête. Ça a été la crise d'hystérie. On l'a quand même acheté, mais quand on le mettait dans son bac à jouets, elle le prenait et allait le mettre à la poubelle. (Juliette et Kevin)*

*Quand je pense à avant, quand je pense à la période avant nous, j'espère que... comme chez le médecin, il fait des crises chez le médecin, ça n'a pas de bon sens, là tu te dis: "Qu'est-ce qu'il a eu?" "Est-ce qu'il s'est fait barouetter chez les médecins?", "Est-ce qu'il a eu trop de piqûres?" "Est-ce que ça a été traumatisant pour lui?". C'est quand tu connais le bébé que tu penses à la période d'avant là, parce qu'au début, je ne pensais pas vraiment à cela. (Félicia)*

*H: Tu ne sais pas ce qu'elle a vécu avant et tu ne sais pas c'est quoi l'impact de cet avant-là. Tu n'as aucune idée. Il y a des séquelles qui demeurent, ça j'en suis convaincu. Ça dépend toujours aussi à quel âge tu prends l'enfant bien sûr. Mais qu'est-ce qui est arrivé avant? On ne le sait pas. Comme nous, la plus vieille, on voit qu'elle a de la drive, mais on voit qu'il y a d'autres trucs qui restent de ça. Elle a beaucoup de drive, mais en même temps, elle cherche constamment à être rassurée.*

*F: Elle a peur de manquer d'affection, elle a peur de manquer de matériel, elle a...*

*H: Elle a de la difficulté avec le présent.*

*F: Elle ne vit jamais dans le présent. Elle vit toujours...*

*H: ... dans le passé et dans l'avenir. Moi, je pense que c'est relié à son passé. Je pense que c'est notre plus gros risque en tant que parents adoptants. Tu ne connais pas ce qu'ils ont vécu avant. (France et Dominic)*

Dans les anecdotes racontées ci-dessus, les adoptants reconnaissent la possibilité que leurs enfants aient pu vivre des expériences significatives dans les premiers mois de leur vie, des

expériences qui sont sans doute intervenues dans leur développement identitaire. Par contre, ils arrivent plus difficilement à en mesurer l'impact et entretiennent un questionnement vis-à-vis de cette facette de l'adoption (passé inconnu). Finalement, le fait que leurs interrogations demeurent sans réponses tangibles explique sans doute pourquoi ils peinent à poser des liens directs entre le vécu antérieur de l'enfant et le développement de son identité.

### 6.1.2-b) Multiplicité et mixité des influences

Bon nombre de parents considèrent quant à eux que l'identité, le caractère et la personnalité de leur enfant sont faits d'un mélange de différents facteurs. Par exemple, plusieurs couples considèrent que l'enfant vient au monde avec un tempérament X, mais que son évolution dans un environnement Y façonne ensuite son caractère et l'ensemble de sa personnalité:

*J'ai appris là-dessus. J'ai appris que le tempérament d'un individu est génétique, tandis que la personnalité n'est pas génétique. La personnalité se forge dans ton environnement de vie, dans tes relations avec les autres. C'est ce que j'ai lu. Avant, je ne voyais pas vraiment c'était quoi la différence, mais je savais que quelque part, il y avait sûrement quelque chose de génétique dans notre façon d'être, mais je savais aussi qu'il y avait un côté qui était selon ton éducation et selon ton environnement. Mais j'y crois moi; je crois qu'on a un tempérament X, qu'on naît comme ça et pour le reste, c'est selon ce que tu vis et les personnes que tu fréquentes. (Sylvianne)*

C'est d'ailleurs un point de vue semblable que Serge illustre en utilisant l'analogie des arbres fruitiers dans laquelle il relève l'existence de composantes immuables (la sorte de fruit), mais également d'un ensemble d'actions subséquentes qui ont un effet direct sur la qualité des fruits: « *C'est comme si tu prends une graine. Si t'as une graine, peu importe le fruit, si tu la mets dans la terre et que la terre est bonne, et qu'il y a du soleil et que tu mets de l'eau, ça va faire des beaux fruits et il va y en avoir plein. Ça pourrait être des pommes ou des oranges, ils seront bons pareil. Mais si la terre est sèche, qu'il vente et que ça ne marche pas, bin tu vas avoir des fruits qui ne seront pas supers, qui ne seront pas juteux et tout ça. C'est un peu la même chose* ». (Serge). La tendance chez plusieurs parents est donc, dans un premier temps, d'admettre l'existence de différences intrinsèques et déterminées relativement au tempérament et au caractère de l'individu et, dans un deuxième temps, de mentionner que ces traits sont invariablement soumis à l'influence de l'environnement:

*C'est sûr qu'on a tous des tempéraments différents et ça, on le sent à la naissance. Eux autres (enfants), on voyait tout de suite les tempéraments, mais après ça, c'est la façon qui sont exploités à mon avis: les modèles qu'ils ont, les événements de la vie qui arrivent, etc. (Josée)*

*F: Quelque part, la génétique doit avoir une influence, c'est certain. Elles nous imitent jusqu'à un certain point, mais des fois, elles ont des expressions qui ...*

*H: Des fois on se voit à travers elles et on se dit: "Ça c'est mon comportement!" Il y a une part de génétique, mais il y a aussi une part d'imitation; elles nous voient faire, elles nous côtoient tous les jours. Au niveau génétique, il y a des traits de caractère comme le fait d'être tétu. D'après moi, c'est moitié-moitié. Il y a pas mal des deux! (France et Dominic)*

Dans l'un des cas étudiés, l'homme (Georges) a lui-même une sœur biologique que sa mère a cédée en adoption à la fin des années 1960 et qu'ils ont retrouvée il y a seulement quelques années (elle est aujourd'hui âgée de 40 ans). En référant à cette situation, la conjointe de Georges (Geneviève) pose une réflexion sur les deux types d'héritages identitaires (biologique et environnemental) et constate que sa belle-sœur adoptée a autant de traits de personnalité de sa mère biologique que de sa mère adoptive, ce qui amène Geneviève à penser que la personnalité d'un enfant est en elle-même un mélange de différentes composantes. Plusieurs couples vont ainsi conclure à un équilibre entre l'influence des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux:

*Je pense que c'est moitié-moitié; il y a les gènes et il y a le côté éducation. Je vois qu'il y a, au niveau de l'intelligence et des capacités, des choses qui ne sont pas de nous autres. Il y a un côté, au niveau de leurs talents et de leur intelligence, il y a un côté que nous il faut vérifier; il faut aller vérifier l'enfant dans quoi il est bon. Par exemple, s'il a des aptitudes en dessin, ce n'est sûrement pas nous autres, alors elles sont comme formées au niveau génétique, oui. Et ensuite, l'environnement: elles prennent des manières en vivant avec nous, mais le côté génétique est là aussi. (Martin)*

*Marguerite, je la regarde et elle a mes manières à moi parce qu'elle me voit évoluer. Ça fait quatre ans qu'elle est ici, qu'elle me voit, qu'elle est avec moi, alors elle a mes manières, mes mimiques, mes expressions. Je pense que ça, ça y fait énormément. Énormément. Mais en même temps, je pense que sa mère, c'était une femme vraiment brillante et quand je dis ça, je le pense vraiment parce que Marguerite elle est vraiment intelligente<sup>12</sup>. C'est vraiment génétique. Je suis sûre sûre sûre que sa mère était vraiment intelligente. (Laurie)*

Les adoptants admettent avec aisance la présence de déterminants biologiques et génétiques, sans pour autant situer ces derniers dans un espace prioritaire à celui de l'acquis en général.

---

<sup>12</sup> Une fois de plus, la référence au parent biologique vise strictement la mère : advenant le cas où l'intelligence de l'enfant avait été transmise par les parents biologiques, il est pratiquement impossible de postuler qu'elle est d'origine maternelle. La possibilité que cette intelligence puisse venir du père est totalement évincée par la participante.

### 6.1.2-c) L'incontournable génétique

Certains parents, particulièrement ceux qui ont des enfants plus âgés ou encore ceux qui ont adopté plus d'un enfant, sont confrontés à certaines différences qui les amènent à considérer plus en détail le pouvoir de la génétique dans la définition de l'identité. Aux yeux de quelques participants, la génétique est créatrice de traits de caractère qui échappent aux parents adoptifs. Les propos d'Odile représentent adéquatement cette position et ce sentiment que l'enfant adopté arrive avec un bagage qui lui est propre et qui ne dépend pas de son éducation ou de son environnement, d'où la difficulté pour le parent adoptif d'en saisir tout le sens:

*Il y a 25 % qui est là et que je n'atteindrai pas avec Léa-Rose. Je le respecte, je le comprends, mais je ne pourrai pas répondre aux questions, je ne pourrai pas lui donner... je ne peux pas lier cela. C'est son hérédité, sa différence. Il y a des choses que je ne pourrai jamais comprendre parce que ça ne fait pas partie de moi. Il y a des choses que je ne comprends pas d'où ça vient. Il y a parfois des choses qui m'échappent comme sa timidité... des choses qui sont hors de moi. Moi je trouve qu'en adoption, c'est ça; il y a à peu près 25 % que c'est son hérédité et 50% que c'est l'éducation qu'on lui donne et après, son libre-arbitre qui fait que c'est elle qui choisit. (Odile)*

Dans ce dernier extrait, Odile présente les multiples influences en pourcentages; par contre, cette fois, au lieu de les situer sur le continuum inné-acquis, la participante implique une troisième dimension, celle du libre-arbitre, qui selon elle représenterait 25% de l'identité de l'enfant. Une position qui rejoint celle discutée plus haut selon laquelle un individu au cours de sa vie fait certains choix en regard des valeurs et des positions qu'il souhaite adopter, des choix qui interfèrent et qui participent à la construction de son identité.

Les composantes génétiques sont aussi associées par certains parents à un certain niveau de prévisibilité, c'est-à-dire que le caractère de l'enfant biologique serait par définition plus prévisible que celui de l'adopté en raison même des déterminants biologiques et génétiques qui le rattachent à ses parents : « *Je pense qu'avec l'enfant naturel, ça reste que c'est un peu de toi alors, tu le connais. Tu sais un peu à quoi t'attendre. Dans le tempérament, normalement, il devrait y avoir un peu des deux. Tandis qu'avec l'adoption, tu tombes avec de l'inconnu. C'est au jour le jour* ». (France) À l'instar de France, Geneviève souligne elle aussi qu'un enfant biologique, plus qu'un enfant adopté, risque de partager certains traits de caractère avec son père ou sa mère et qu'en ce sens, il est peut-être plus facile de savoir comment intervenir auprès de

l'enfant biologique. Mais selon elle, cela fait partie de la part d'inconnu intrinsèque à l'adoption et ne constitue pas un immense défi en soi.

Dans plusieurs cas, les différences relevées par les participants ainsi que les exemples mis de l'avant s'inscrivent dans un schéma explicatif qui dépasse le contexte adoptif et qui concerne à part égale les familles biologiques et adoptives. Par exemple, la découverte d'un talent ou d'un trait de caractère insoupçonnés peut être attribuée à la génétique, mais la surprise qu'elle crée ne sera pas pour autant considérée caractéristique de la famille : « *C'est sûr et certain qu'il doit y avoir une part de génétique, mais elles finissent quand même par nous ressembler beaucoup. Elles copient nos comportements, elles copient notre façon de parler, notre façon d'être. C'est sûr que la génétique a quelque chose à voir mais je suis convaincu que tu peux avoir un enfant biologique et te poser la question: "Voyons, de qui il retient ça?"* » (Kevin). Ainsi, plusieurs participants vont mentionner la différence génétique, mais vont aussitôt ramener celle-ci dans un cadre d'explication plus général qui concerne tous les types de familles, puisqu'il arrive que même des frères et sœurs biologiques soient complètement différents :

*C'est sûr qu'il doit y avoir des affaires que tu te dis: "Mon Dieu, d'où ça sort?" Mais même quand c'est ton enfant: t'as deux enfants et ils peuvent être différents. Tu les as élevés de la même manière, mais tu vas dire quelque chose et les deux le prendront pas de la même façon, parce qu'ils sont différents. Ils arrivent avec leur bagage et ils sont différents. On ne sait jamais à quoi s'attendre.* (Catherine)

*« C'est sûr qu'il y a quelque chose de génétique, parce qu'elles (leurs deux filles) vivent dans le même environnement toutes les deux et elles ne sont pas pareilles, alors quelque part, c'est la génétique qui fait la différence là-dedans. Mais c'est comme deux sœurs d'une même famille : elles ont le même père et la même mère, elles sont dans la même maison, mais elles ne sont pas pareilles. Une des deux va hériter du côté maternel, l'autre plus du côté paternel et des fois, ce n'est même pas clair »* (Annie).

L'observation de traits distincts entre frères et sœurs à l'intérieur de la famille adoptive semble donc influencer le regard que posent les adoptants sur l'influence de la génétique dans la définition de la personnalité. Les parents adoptifs interrogés qui ont plus d'un enfant notent pour la plupart des différences de tempérament et de caractère chez leurs enfants et comme ceux-ci sont élevés dans un cadre parental identique, ils expliquent ces différences en ayant recours à une logique de déterminisme. Ainsi, plusieurs parents vont se référer à l'existence de différences dans le tempérament de leurs enfants et associer celles-ci à des facteurs biologiques ; par contre, ils vont plus rarement se référer aux parents biologiques pour expliquer ces mêmes différences.



Exceptionnellement, Mathilde, dans le cas suivant, fait directement référence à la mère biologique (et évince spontanément le père biologique de la réflexion):

*Je pense qu'il y a de l'hérédité dans le caractère parce que je regarde mes filles et elles sont très différentes toutes les deux. Mais j'en aurais eu naturellement et elles auraient pu aussi être très différentes. Mais elles sont comme on les élève aussi. Mais, oui, elles ont chacune leur caractère; la plus petite, souvent je la vois agir et je me dis : "Bin voyons, il me semble que je n'étais pas de même et que je ne parle pas de même", mais tu ne te poses pas la question longtemps. Comme Olivia, elle pleure tout le temps: bin pas tout le temps, mais elle va voir un film triste, elle pleure. Elle va voir un film gai, elle pleure. À l'école, je suis obligée d'avertir les professeurs parce que si elle vit un moment heureux elle pleure et si elle est triste, elle pleure. Elle est comme ça et des fois je me dis : "peut-être que sa mère pleurerait beaucoup". Veux veux pas, des fois tu te la poses la question. (Mathilde)*

Dans la plupart des cas où certaines caractéristiques de l'enfant sont associées à des aspects génétiques, le recours aux parents biologiques dans les explications est peu présent, les parents adoptifs se contentant plutôt de situer ces caractéristiques dans le vaste champ de l'hérédité et de la génétique, sans plus. Une fois de plus, cette attitude s'explique en partie par le fait que les parents (pour la plupart) ne connaissent rien des parents biologiques, d'où la difficulté à leur associer certains traits de l'enfant :

*H : Les filles sont tellement différentes! Elles ont deux génétiques complètement différentes, c'est sûr là! Tu les regardes aller, elles vivent avec nous autres, avec les mêmes barèmes de départ et il n'y a rien de pareil entre les deux, absolument rien. Alors là, tu te dis "ouin, la génétique influence sûrement" et pourtant elles ont les mêmes outils dans les mains, les mêmes parents adoptifs.*

*F: Chacune a son caractère aussi qui ne nous ressemble pas vraiment non plus.*

*H: Pas du tout, pas du tout, pas du tout. La seule affaire que les parents (adoptifs) peuvent faire, c'est leur donner les meilleurs outils et c'est à eux de faire de quoi avec ça. Mais c'est clair que pour arriver au même but, elles ne passeront pas par le même chemin. Pour faire un cadeau par exemple, elles ne s'y prendront pas de la même manière. Je ne peux pas non plus faire faire de quoi à ma fille en disant la même affaire à une et à l'autre. Ça ne marchera pas, les deux ne sont pas du tout pareilles. Mais c'est à nous autres de découvrir comment elles sont. (Bernard et Nadine)*

La question du bagage génétique est réutilisée par certains parents d'une manière fort intéressante : tout en constatant des différences de tempérament entre eux et leur enfant, ces parents considèrent qu'à certains égards, les déterminants génétiques ont été producteurs de différences positives dans la mesure où leur enfant présente des qualités (intrinsèques) qu'eux-mêmes n'auraient pas été en mesure de leur transmettre : « *Je ne suis vraiment pas susceptible et je suis capable de dire : "Ah il est donc cute, il est vraiment patient, j'admire beaucoup ça. Thank God qu'il n'ait pas mes gènes!" Si la mère biologique était patiente et qu'elle lui a donné ça, bin merci, je suis vraiment contente qu'il ne soit pas comme nous, parce qu'on est vraiment*

*impatients les deux!* ». (Félicia) Dans ce type d'intervention, la donnée génétique, loin d'être reniée, est plutôt réutilisée pour mettre en valeur des traits de caractère de l'enfant dont les origines apparaissent inconnues aux yeux des parents adoptifs :

H : *En même temps, ce que j'aime de l'adoption, c'est qu'il t'arrive un petit individu qui a quand même une base dans sa personnalité et tu ne peux pas t'y voir dedans, tu ne peux pas dire : "ah! pour ça, il est comme moi!". C'est vraiment chaque fois une découverte de voir les tempéraments qui ressortent. Ça, c'est bien l'fun.*

F : *Annabelle, elle me fait rire par son côté eh... juste la manière qu'elle dort; elle dort toute ouverte, elle dort toute écarquillée alors que Lucas, lui, il dort toute comme ça (elle fait la boule) et je me dis : "j'aurais tellement aimé ça être comme elle, j'aurais tellement aimé ça être quelqu'un de relaxe", mais ce n'est pas moi. Alors elle, je la regarde plus en trouvant ça beau une personne comme ça, en me disant : "tant mieux pour elle, elle va peut-être avoir moins de... sa vie va peut-être être plus facile"'. (Josée et Serge)*

*C'est sûr que c'est une situation (adoption et les origines inconnues de l'enfant) qui amène à se poser des questions et là j'en reviens peut-être aux origines. Je me pose des questions: "sa mère était-elle comme ça? Est-ce qu'elle avait un tempérament comme ça?". Ça m'amène à me poser des questions, mais des questions pour lesquelles je n'aurai jamais de réponse. Pour le reste, dans son cas à elle, j'aime beaucoup son tempérament et j'espère que... parce que moi quand j'étais petite, j'étais une personne très timide, réservée: ça ne m'a pas causé de gros problèmes, mais ça a été dur pour moi des fois et elle, elle n'est pas comme ça et j'aime ça parce que je me dis qu'elle va peut-être être mieux avec elle-même si elle n'est pas toute pognée. Alors j'aime ça; je trouve que c'est différent de moi, elle est coquine, c'est une petite fille enjouée. J'apprécie ça, je trouve ça l'fun. (Sylvianne)*

En même temps que les parents considèrent les déterminants biologiques comme un élément incontournable dans l'établissement de certains traits de leur enfant, ils mentionnent également que ces traits distinctifs impliquent une part de découverte et d'inconnu dans l'éducation de ce dernier. Si, comme le mentionne Sylvianne, ces découvertes amènent leur part de questions sans réponse, elles sont aussi accueillies avec enthousiasme par les parents lorsqu'elles mettent en évidence des facettes de la personnalité jugées positives et appréciables.

#### **6.1.2-d) Déterminisme culturel**

Privés de repères concrets concernant les origines de leur enfant, quelques parents adoptifs ramènent certains traits de caractère ou certaines caractéristiques de celui-ci à des déterminants ethnoculturels. Ces parents, tout en reconnaissant une part de déterminisme dans la personnalité de leur enfant, situe celle-ci dans un cadre culturel ou en référence à un groupe ethnique précis,

sans égard aux parents biologiques. Par exemple, dans le cas de deux couples qui ont adopté en Colombie, le caractère “latino” est considéré comme intrinsèque à l’enfant :

H: *Veux veux pas, on va l'embarquer dans notre vie cette culture-là tranquillement. Moi je ne veux pas revenir ici et dire: 'tu vas être un petit Québécois 100%'*

F: *On n'essaiera pas de le modifier*

H: *'Tu deviendras Québécois par toi-même. Je veux que tu connaisses ta culture. Tu as du sang latino dans les veines, je veux que tu le gardes ce bout-là', parce que l'enfant à 17-18 ans, c'est sûr qu'il va vouloir connaître ses origines (Paul et Jeanne)*

H: *Le caractère? Bin on le sait en partant que les Colombiens, en général, côté caractère ils sont assez pointus, un caractère assez prime. Ils ne sont pas patients.*

F: *Ils ont du caractère! Simone c'était effrayant, on l'appelait 'la petite latino', elle a le sang bouillant... à son 2-3 ans là!*

H: *Les crises qu'elle fait ! Et Tommy va être pareil! (Pier-Louis et Cassandra)*

Paul évoque la présence chez ses enfants de “sang latino” et joint les dimensions génétique et culturelle de l’identité dans une sorte de déterminisme que l’on pourrait situer à l’intersection de la culture et de la biologie. Pier-Louis et Cassandra utilisent eux aussi une expression similaire, “sang bouillant”, mais détaillent son contenu et l’associent au caractère soi-disant impatient des Colombiens, lesquels auraient par définition (si on suit la logique avancée par le couple), une tendance à réagir très vivement à l’adversité. Le même type de raisonnement est suivi par un père adoptif dont le garçon est né au Québec, mais dont les deux parents biologiques étaient d’origine salvadorienne. Cette fois, ce sont les habitudes alimentaires qui font l’objet de la réflexion: « *Lucas il mange des légumes, juste des légumes, et la viande, il ne veut rien savoir. Comme une façon plus typique du Sud de manger. Mais ses parents, on le sait, c'était des Salvadoriens* ». (Serge)

Cette façon de situer et d’expliquer certains traits de l’enfant demeure révélatrice d’une réalité sous-jacente à l’adoption (et particulièrement à l’adoption internationale), c’est-à-dire l’impossibilité dans la plupart des cas de connaître qui sont les parents biologiques de l’enfant, donc de dresser des parallèles entre eux et l’enfant. Ainsi, dans plusieurs cas d’adoptions internationales où les parents biologiques demeurent inconnus, les parents adoptifs ont tendance à intégrer la culture d’origine de l’enfant dans le cadre familial: « *la mémoire des origines se constitue d'abord en référence à un pays et à sa culture plutôt qu'en référence à ses origines personnelles [...] de sorte que la question de l'identité personnelle est massivement reportée sur celle de l'héritage national, culturel ou ethnique* » (Ouellette et Méthot 2003 : 143-146). Pour les

auteurs, ce déplacement sur le terrain de la culture et de la nationalité permet aux parents adoptifs de reconnaître l'origine étrangère de l'enfant sans pour autant devoir associer cet héritage aux parents d'origine. Ainsi, l'absence des parents biologiques jumelée à la connaissance de la culture d'origine de l'enfant amènent certains parents à transiter par le champ de l'ethnicité pour expliquer certaines caractéristiques identitaires de leur enfant, une tendance d'ailleurs observée par Volkman (2005) chez les parents qui ont adopté en Chine et qui n'ont pour la plupart aucune information sur les parents biologiques: « *En l'absence du corps de la mère de naissance, le désir de connaître les origines de l'enfant peut se déplacer sur le corps de la nation et de sa culture imaginée. Le bagage génétique de l'enfant demeure inconnu, mais l'héritage culturel peut être étudié, célébré, incorporé* » (2005 : 96-97). Cette réalité est d'ailleurs bien décrite par Juliette et Kevin qui admettent que la référence aux “racines chinoises” de leurs filles est une façon de parler de leurs origines au sens large, lesquelles impliquent tout autant la nation et la culture que les parents biologiques:

H : *Joannie est prompte et des fois elle fait des colères épouvantables et dans ma tête, c'est: "mais d'où ça sort?" Ça ne vient pas de moi et ça ne vient pas de lui non plus. On ne fait pas des colères comme ça ni un, ni l'autre, alors on se dit que ça doit venir de ses racines chinoises. Il doit y avoir...*

Q: Vous l'associez plus aux racines chinoises qu'à ses parents biologiques?

F: *Ben, moi je dis "racines chinoises" dans le sens de parents biologiques. C'est tannant car nous ne savons pas c'est qui et... c'est pour cela que nous disons que ça vient de la Chine, de son autre vie si on veut.* (Juliette et Kevin)

Les couples font ici une utilisation relativement imprévisible de l'influence que peut exercer la génétique sur la construction identitaire: ils sortent celle-ci de la sphère individuelle dans laquelle elle est généralement utilisée et en font une marque culturelle indélébile. Cette tendance, à plusieurs égards, s'apparente au phénomène observé par Ouellette (2003) et Ouellette et Méthot (2003) sur la tendance chez les parents adoptifs à déplacer la question des origines et de la filiation dans le registre de la culture et de l'ethnicité : « *cette transposition de la question des origines identitaires dans le registre de la culture affilie les individus non pas à des personnes et à des lignées familiales, mais à des référents collectifs* » (Ouellette 2003 : 39). Par contre, une dimension supplémentaire semble s'ajouter aux dimensions culturelle et ethnique mentionnées, soit la dimension génétique (référents génétiques collectifs), laquelle inscrit une part de l'identité de l'enfant adopté dans un cadre déterminé, qui lui-même réfère à des caractéristiques génétiques communes. Un tel raisonnement est emprunté par Christian qui n'arrive pas à s'expliquer

l'attitude "misogyne" de son cousin adopté et finit par attribuer celle-ci à ses origines génétiques bosniaques :

H : *Mon cousin, il a été adopté: il est rendu à 17 ans et lui, il vient de la Bosnie et en Bosnie, une femme ça ne vaut rien, et lui une femme il voit ça comme rien. Pour lui une fille c'est eh... c'est comme dans son pays, une femme c'est fait pour torcher et servir!*

F: *Il est comme un peu misogyne sur les bords!*

H: *Mais ses parents (adoptifs) ne sont pas de même du tout: ils ont un autre petit gars et il n'est pas de même du tout. Eux autres, ils disent ça là, que c'est dans ses gènes que c'est de même. (Christian et Laurence)*

Dans ce cas-ci, le manque de considération envers la femme est considéré génétiquement transmissible et intrinsèquement présent chez les Bosniaques. Cette forme d'explication est d'autant plus surprenante de la part des parents adoptifs qu'elle s'inscrit en porte-à-faux à leur insistance sur la force de l'environnement et de l'éducation dans la construction identitaire de l'enfant et, plus globalement, des individus.

Comme plusieurs des couples participants ont adopté en Chine, certains parents se réfèrent aux traits généralement attribués aux Asiatiques (la minutie, l'entêtement ou encore le calme) pour expliquer certaines caractéristiques ou talents de leur enfant;

*Tu te demandes jusqu'où ça va l'hérédité? Mais ce que nous aimons de Léa-Rose, c'est son côté intérieur, c'est asiatique ça! Tu le sens à quelque part, il y a comme un petit côté... c'est très louable ça, elle est très bonne aussi en musique. (Odile)*

*Mon gars c'est un Népalais, c'est le gars le plus relax que tu ne peux pas avoir en ville, comme les bons Népalais! Ça ne se stresse pas avec la vie. Il est relax parce que c'est dans sa personnalité. (Danielle)*

*Je me trompe peut-être, mais j'avais travaillé avec des Asiatiques qui étaient extrêmement têtus, et nos filles sont têtues, ça n'a pas de bon sens! Je ne sais pas s'il y a un lien avec la génétique, mais ce que je vois chez Noémie, c'est des caractéristiques qu'avaient les Asiatiques adultes que j'ai connus. [...] Je ne sais pas, les gens disent aussi que les Asiatiques sont très forts en mathématiques et ma plus vieille est quelque chose en mathématiques! (Dominic)*

Un des participants, dans une longue réflexion ponctuée de questionnements et de commentaires, s'explique mal pourquoi les adoptées chinoises sont généralement reconnues pour être des premières de classe. À priori, il adhère à la croyance selon laquelle ces enfants seraient effectivement plus intelligents, mais arrive difficilement à trouver une explication. Par la suite, il postule que les capacités intellectuelles particulières des adoptées chinoises et des Chinois en

général seraient liées au passé commun difficile du peuple chinois et aux épreuves répétitives qu'il a dû affronter au cours de son histoire:

*Statistiquement, c'est vrai qu'elles sont plus fortes à l'école (Chinoises adoptées), mais de quoi ça dépend? Est-ce que ça dépend du bagage génétique parce que c'est quand même un peuple qui a eu besoin de se débrouiller plus que nous autres. Nous autres, on est dans la ouate et eux autres, c'est un peuple qui a toujours été dans la difficulté. Je suis porté à croire qu'une civilisation qui s'est développée avec autant d'adversité et de difficultés, comme la famine, toutes sortes de choses, risque peut-être d'avoir développé beaucoup plus leur imagination, leur cerveau ou eh...qu'un pays comme nous autres où on a tout cuit dans la bouche. Mais encore là, c'est peut-être juste un cliché (Robert)*

Selon Katz Rothman (2006), certains facteurs de génétisation pénètrent le contexte de l'adoption et influencent non seulement notre manière de penser l'adoption mais aussi notre façon de concevoir l'enfant adopté et de le définir sur le plan identitaire: « *les caractéristiques de l'enfant sont expliquées par référence à la culture et dans un même temps par référence à la race et aux gènes. Elles sont ainsi considérées comme intrinsèques à l'enfant* » (Katz Rothman 2006 : 25).

\*\*\*

Se référant à la fois au déterminisme biologique, à l'influence de l'environnement et de l'éducation, et à l'apport difficilement mesurable d'une forme de déterminisme culturel, les parents adoptifs tentent de situer les composantes qui interviennent dans la définition de l'identité de leur enfant adopté. Deux principales variables semblent influencer directement les propos des parents, soit l'âge de leur(s) enfant(s) et leur nombre. D'un côté, l'avancement en âge et, conséquemment, la mise en évidence des traits de caractère plus spécifiques de l'enfant, portent les parents à accorder une place légèrement plus importante à certaines formes de déterminismes (biologiques et génétiques). Une tendance semblable est observée lorsque la famille compte plus d'un enfant: la possibilité de dresser des comparatifs entre les personnalités des deux (ou trois) enfants et de souligner leurs différences amènent là aussi les parents à considérer plus sérieusement l'influence de l'inné. Par contre, si l'enfant est seul (enfant unique) et qu'il est âgé de moins de 4-5 ans, les parents sont alors davantage portés à mettre l'accent sur la force de l'acquis, donc à insister sur l'influence de l'environnement et de l'éducation.

Tout en donnant généralement préséance à la force de l'environnement (dimension de l'acquis), les participants constatent simultanément l'intervention de facteurs extérieurs sur lesquels ils exercent bien peu de contrôle (dimension de l'inné). Dans les divers éléments qui réfèrent à

l'identité de l'enfant (personnalité, caractère, tempérament), il semble que les parents attribuent à la génétique certains traits dits de base et se réfèrent ensuite à l'éducation et à toute la sphère "environnement et expériences" pour expliquer le cheminement de l'enfant, son équilibre général et sa façon de réagir à diverses situations. Dans une étude menée en Lituanie où elle compare les représentations sociales liées à l'adoption et à la procréation assistée dans la population de la ville de Kursenai, Cepaitiene (2009) constate la tendance chez les participants à considérer les traits essentiels de l'enfant (conçu naturellement ou adopté) comme un "élément originel" qui va au-delà des liens biologiques ou génétiques : « *selon les résidents, un enfant a des traits essentiels dont il hérite. Les gens utilisent le mot "gènes", mais ils ne définissent pas ces caractéristiques innées à travers les substances ou les processus biologiques, mais à travers quelque chose d'impossible à saisir* » (2009 : 218). La précision apportée par l'auteur est intéressante puisqu'il est vrai que l'utilisation des vocables génétiques ne renvoie pas nécessairement aux processus de reproduction biologique; les parents se réfèrent à l'existence chez leur enfant de "traits essentiels" sans mettre ces derniers en relation avec les parents d'origine. Mais dans le cas des adoptants, cette façon de faire relève, me semble-t-il, de trois facteurs conjoints: l'absence totale des parents d'origine, le désir des parents adoptifs de se distancier de la parenté biologique et, finalement, la possibilité qu'offre la génétique de réinscrire l'enfant, en tant qu'être nouveau et unique, dans un espace marqué par l'individualité.

### **Conclusion (6.1)**

Les anthropologues qui étudient la parenté depuis D. Schneider, et ce peu importe leur champ de spécialisation, ont déployé de nombreux efforts pour démontrer que l'engendrement biologique et la naissance ne constituent pas en soi des éléments universellement fondateurs des relations entre apparentés. Par contre, ces deux composantes demeurent hautement significatives dans les représentations de la parenté, de la famille et de l'identité dans nos sociétés occidentales et à ce titre, les propos des parents adoptifs sont révélateurs : qu'il soit question d'identité ou d'origines, voire maintenant de santé, la référence au biologique semble pratiquement incontournable et les parents adoptifs arrivent bien difficilement à faire fi du passé biogénétique de l'enfant. Cela se traduit par des références aux parents biologiques (la plupart du temps inconnus), par la considération d'un déterminisme génétique dans la construction identitaire, ou encore par une préoccupation face aux différents risques génétiques sous-jacents aux origines inconnues de l'enfant.

Ces mêmes positions sont également traversées d'un discours qui insiste sur la valeur de l'affection et la volonté dans les liens de parenté et sur la force de l'acquis et de l'éducation sur le plan identitaire: « *L'adoption américaine et occidentale a opéré sous le principe que l'éducation peut conquérir la nature et qu'un enfant peut prospérer lorsqu'il est transplanté dans un nouvel environnement* » (Modell 2002 : 186). L'aspect construit du lien adoptif (tel que discuté dans le point 6.1.1-b), s'incarne dans le quotidien par une diversité de pratiques qui réaffirment le caractère permanent du lien adoptif et contribuent à intégrer pleinement l'enfant dans sa famille adoptive et, plus globalement, dans un réseau de relations de parenté. Qu'il s'agisse de souligner les ressemblances physiques surprenantes entre eux et leur enfant, d'insister sur les affinités de caractère qui les relient ou encore sur les similitudes qui les unissent dans leur manière de parler ou de réagir, plusieurs explications mises de l'avant par les parents adoptifs interrogés s'apparentent clairement à ce désir de signifier et d'exemplifier la construction d'un lien de parenté durable. Par exemple, le fait d'éduquer l'enfant, de lui transmettre ses propres valeurs et de l'amener à vivre au rythme de leur famille sont des éléments que les adoptants utilisent pour expliquer la construction du lien adoptif et surtout, pour démontrer son équivalence au lien biologique. Ultimement, le fait de mentionner que l'enfant « vit maintenant à notre manière » est représentatif de ce processus de construction et de consolidation du lien parental. Plus



récemment, la recommandation émise par les psychologues (surtout en adoption internationale) et qui consiste, au moment de l'arrivée de l'enfant, à respecter une période de réclusion (habituellement trois mois) au cours de laquelle l'enfant n'est en contact qu'avec sa famille proche (père, mère, sœur, frère et occasionnellement les grands-parents) et ne reçoit des soins primaires que de ses parents, constitue également une pratique qui peut être associée au processus de "kinning" décrit par Howell dans la mesure où elle vise une meilleure intégration de l'enfant dans sa famille adoptive. Dans le cadre de cette recherche, la plupart des parents n'avaient pas appliqué cette règle et ceux qui l'avaient fait y avaient légèrement dérogé, soit en terme de durée ou en terme de fréquentations et de visites. Par contre, les nouveaux adoptants (ceux ayant adopté au cours des 2 ou 3 dernières années) étaient beaucoup plus sensibles à cette question et plus informés également de l'existence de cette "nouvelle" mesure que les parents ayant adopté il y a quelques années.

Dans la prochaine section (6.2) l'adoption est entrevue sous un angle différent, le but étant surtout de situer celle-ci dans un cadre d'analyse qui tienne compte d'un ensemble de facteurs sociaux et qui dépasse les relations et les expériences se limitant au cadre de la famille proche. Trois interrogations discutées avec les adoptants constituent le point de départ des analyses présentées : Quelle est la valeur généralement accordée aux liens de sang dans la définition des relations familiales? Comment l'adoption est-elle perçue socialement? Quel est le niveau de reconnaissance manifesté par l'entourage à l'égard des liens d'adoption?

## 6.2 La filiation adoptive comme objet de réflexion sociale

L'adoption est souvent comprise et abordée sous la métaphore du "triangle adoptif", l'image faisant référence aux trois parties impliquées dans le processus d'adoption, soit les parents biologiques, les parents adoptifs et l'enfant adopté. On fait plus rarement mention d'une quatrième dimension qui pourtant exerce un rôle déterminant auprès de la famille adoptive : l'environnement sociétal<sup>13</sup>. Les forces et les tensions qui traversent le champ familial et parental ainsi que les représentations dominantes de la famille, de la filiation et de l'adoption ont un impact important sur l'expérience même de l'adoption. D'ailleurs, la plupart des parents adoptifs et des enfants adoptés ne ressentent la différence de leur statut familial que lorsque leur entourage la souligne. Par exemple, les interrogations plus délicates concernant les origines de l'enfant et la situation du parent adoptif proviennent souvent des camarades de classe ou des petits amis des enfants alors que les commentaires désobligeants sur les différences physiologiques de l'enfant ou encore sur le caractère marchand de l'adoption sont eux aussi la plupart du temps entendus et vécus dans les lieux publics.

Cette section s'intéresse à une dimension de l'adoption que l'on pourrait résumer par la question suivante: quels liens les parents adoptifs entretiennent-ils avec l'adoption à l'extérieur de leur propre cellule familiale? Les parents étaient donc appelés à réfléchir aux représentations et aux perceptions sociales qui entourent l'adoption et qui touchent, plus généralement, la parenté et la filiation. À partir de ces discussions, il devenait alors possible non seulement de mieux comprendre les différents enjeux sociaux liés au fait de vivre dans une famille dont les membres sont liés par des liens filiatifs d'adoption, mais également d'analyser les différentes représentations qui circulent sur l'adoption et sur la famille adoptive et ainsi de dresser un portrait plus complet des principes, valeurs et fondements qui caractérisent notre système de parenté et les différentes relations qu'il implique.

Cette deuxième partie (6.2) du présent chapitre est divisée en trois sections. La première (6.2.1) traite de la valeur accordée aux liens de sang dans la société et de son impact sur les familles

---

<sup>13</sup> En qui a trait à la recherche sur l'adoption et au fait qu'elle soit plus souvent abordée à l'aide de modèles explicatifs individuels, Wegar (2000) soutient que c'est surtout la dichotomie entre "troubles privés" et "enjeux publics" qui a conduit les études sur l'adoption à privilégier un angle clinique ou psychologique (2000 : 364) et à faire souvent fi des enjeux liés aux valeurs sociales (2000 : 366).

adoptives. La deuxième section (6.2.2) s'intéresse aux différentes représentations sociales accolées à l'adoption (représentations parfois en marge des réalités vécues par les familles adoptives mais avec lesquelles elles doivent quotidiennement composer). Finalement une troisième et dernière section (6.2.3) porte sur la reconnaissance sociale du lien adoptif, c'est-à-dire sur le niveau d'acceptation de la filiation adoptive dans l'entourage immédiat ou secondaire des adoptants.

### 6.2.1 La valeur des liens de sang

Quelle est la valeur symbolique accordée aux liens de sang dans la définition des relations familiales et sous quelles formes, selon les participants, cette valeur se manifeste-t-elle dans le cadre de la filiation adoptive? Bien que plusieurs des couples interrogés constatent une évolution des mentalités et une acceptation grandissante des liens familiaux basés sur des critères de définition autres que biologiques, la plupart observent simultanément une persistance de l'importance attribuée aux liens biologiques dans les différents commentaires et réactions de l'entourage proche et éloigné. Comme le rappelle Zimmerman (1993), l'image des liens de sang demeure très forte dans nos sociétés lorsqu'il est question de parenté et ce, même si plusieurs autres composantes sociales se juxtaposent aux prémisses biologiques dans l'établissement des liens familiaux :

*« Mariage, filiation, germanité sont des lieux vitaux : ils règlent l'union des sexes, permettent au groupe social de remplacer ses membres décédés. Une image traduit ce sentiment collectif; on parle des "liens de sang". Mais l'image est trompeuse. Il est vrai que la parenté se fonde sur les réalités biologiques de procréation, mais la société interprète, reconnaît ou non, sanctionne par des prescriptions ou des interdits, ce donné biologique : voilà pourquoi les relations de parenté sont essentiellement sociales » (Zimmerman 1993 : 12)*

Les positions de Schneider (1980, 1984) à cet égard sont particulièrement éclairantes: l'auteur, en abordant la parenté comme un système symbolique, a montré comment les représentations de la parenté dans la culture américaine sont un reflet du savoir scientifique et biogénétique (un postulat qui dépasse le contexte américain et que l'on peut facilement transposer aux sociétés occidentales en générale). Dans son étude sur l'idéologie américaine de la parenté intitulée "*American Kinship: A Cultural Account*", Schneider (1980) distingue deux façons de créer de la parenté: par le sang et par le mariage. Mais il démontre que le caractère automatique, permanent et inaliénable attribué aux faits biologiques de la reproduction est priorisé lorsque vient le temps

pour l'individu de définir ses apparentés. Selon Schneider, les sociétés euro-américaines entendent la parenté comme le résultat de la reproduction biologique : par conséquent, leurs définitions et leurs compréhensions des liens de parenté sont largement teintées de l'idée que « le sang est plus épais que l'eau »<sup>14</sup> (*blood is thicker than water*). Plus récemment, Martial et Fine (2010) ont rappelé l'importance « d'identifier les changements qui affectent les représentations de la “nature”, dans la parenté » (2010 : 131). Selon elles, la dimension “biologique” de l'apparentement est mouvante et en ce sens, elle doit être constamment l'objet d'un questionnement : « *la contextualisation des interprétations et des pratiques associées aux relations entre parents est alors essentielle, afin de ne pas survaloriser le pouvoir de la “biologie”* » (2010 : 131)

Dans le cadre de la présente recherche, la question des liens de sang, de leur prééminence sociale dans la définition des liens de parenté et de leur articulation à la filiation adoptive est analysée et questionnée sous trois angles différents: une première partie s'intéresse à l'association souvent posée entre liens de sang et amour inconditionnel, une deuxième porte sur le recours au qualificatif “vrai” pour désigner la parenté biologique et sur les enjeux qu'une telle classification pose pour les familles adoptives, alors qu'une troisième et dernière partie propose une brève réflexion sur le contexte social et familial changeant dans lequel prend place l'adoption et qui contribue, selon les participants, à assouplir les critères de définition de la famille et de la parenté.

### **6.2.1-a) Les liens de sang comme gage d'un amour inconditionnel**

Choisir l'adoption comme façon de former famille en soi exige le dépassement des frontières établies en regard de la valeur de l'apparentement biologique : tous les couples, à un moment ou un autre de leur parcours, ont dû redéfinir ou du moins revisiter les fondements de ce que constitue le lien parental. Ils ont aussi pour la plupart côtoyé d'autres couples aux prises avec des problèmes d'infertilité et qui, quant à eux, se sont dits incapables d'envisager l'adoption comme façon de faire famille: « *Moi, j'en connais un couple qui n'ira jamais en adoption. Ils ne sont jamais allés parce que lui voulait absolument avoir un enfant de lui. Pour lui, un autre enfant, ce ne serait pas son enfant! Il n'était pas capable de dépasser ça. Lui dans sa tête c'est: “J'ai un*

---

<sup>14</sup> Une expression que l'on pourrait aussi traduire par « la voix du sang est la plus forte » (Eidelman 2007)

*enfant à moi ou je n'en ai pas!*'' » (Juliette). Les personnes et les couples qui se disent incapables d'adopter reflètent à plusieurs égards la persistance de la force symbolique du lien de sang comme critère de définition de la parenté. Dans leur cas, le lien biologique d'apparement constitue une prémisse indépassable au projet parental lui-même et l'enfant né d'autres parents ne peut devenir leur enfant dans la mesure où il symbolise, entre autres choses, l'étrangeté et l'inconnu:

*J'ai des amis autour qui essaient d'avoir des enfants et ça ne marche pas. Moi je lui ai dit: "Si tu veux de l'information sur l'adoption, n'hésite pas, ça va me faire plaisir de t'aider" "Ah non! Mon chum n'est pas à l'aise avec ça, il veut un enfant biologique, il veut connaître les antécédents, la santé". C'est correct, je respecte ça. Mais tu vois qu'il y en a encore qui ne sont pas à l'aise avec ça. C'est une question de sang. Ils ne sont pas capables d'aimer un enfant qu'ils n'auront pas conçu. (Laurie)*

F: *Je pense qu'il y en a qui ne sont pas capables de passer par-dessus le fait d'avoir un enfant qui ne vient pas d'eux, qui n'est pas biologique, qui ne vient pas de leur corps.*

Q: Pourquoi tu penses?

F: *Je ne sais pas pourquoi il y en a qui ne passent pas par-dessus ça. Honnêtement, je ne le sais pas parce que je ne le vis pas.*

H: *Il y en a qui ont peur de ne pas l'aimer ou qu'il soit malade. Ils ont tellement peur qu'il ait une maladie, mais ton enfant biologique aussi il peut en avoir des maladies. (Laurence et Christian)*

Évidemment, ce type de réaction de l'entourage (rapporté par plusieurs participants), ne traduit pas nécessairement et invariablement un rejet de l'enfant adopté; il peut aussi être interprété comme le désir du couple ou de l'un des membres du couple de s'en tenir aux souhaits de la nature. Un discours semblable a d'ailleurs été tenu par certains des participants au moment où ils ont constaté leur infertilité ou lorsqu'ils ont dû essayer une série d'échecs en clinique de procréation assistée.

Dans les propos de Laurence et Christian (ci-dessus) concernant la difficulté pour certains de se tourner vers l'adoption, l'enfant biologique se trouve associé à une sorte de certitude et de continuité (on sait d'où il vient, on connaît sa génétique) et il incarne par le fait même la proximité, alors que l'enfant adopté, de son côté, représente souvent l'inconnu et l'imprévisible. Plusieurs vont alors demeurer sceptiques quant à la faisabilité de développer, par le biais de l'adoption, un lien parent-enfant qui respecte les normes établies par l'apparement biologique et par les représentations qui lui sont sous-jacentes, qu'il s'agisse de proximité, d'amour spontané, de prévisibilité et de continuité. En effet, les participants sont nombreux à avoir reçu

des témoignages extérieurs de la part de certains membres de leur entourage qui mentionnent leur difficulté à s'imaginer pouvoir s'attacher à un enfant qui leur serait biologiquement étranger :

*Il y a des gens qui ne sont pas pour ça l'adoption; on a un ami là, lui et sa femme, ils ont un enfant naturel et ce n'est pas qu'ils n'aiment pas notre fille, mais un moment donné, on discutait de ça et c'est drôle parce que Maude n'était pas encore adoptée, et lui c'était "non", c'était comme... il ne serait pas capable d'aimer un enfant qui ne vient pas de lui. J'avais une collègue de travail aussi qui m'avait dit ça quand j'avais parlé de mon projet d'adoption. Mais il faut respecter ça (Sylvianne).*

*J'ai un de mes amis, quand on a fait la demande d'adoption, il m'a dit: "c'est parce que moi, je ne comprends pas; moi, je ne serais pas capable" "Ha!, c'est intéressant: qu'est-ce que tu ne serais pas capable?" Il dit: "c'est parce que c'est d'aller chercher quelqu'un que je ne connais pas, qui ne vient pas de moi, qui n'a rien en commun avec moi. Ce n'est pas mon sang, ça me dérangerait". J'ai dit: "Bin moi je pense que je suis prête à ça. Charles et moi, on est prêts à ça, à partir pour aller chercher quelqu'un qu'on ne connaît pas". Et quelques mois plus tard, quand il m'avait vu avec Charles, Océanne et ma mère aussi était là, il m'avait dit: "Je comprends maintenant le lien : c'est comme ta fille". J'ai dit : "Ce n'est pas comme, C'EST ma fille". (Suzanne)*

L'entourage (la plupart du temps élargi), même s'il ne le dit pas toujours explicitement, peine parfois à croire qu'un parent puisse aimer autant son enfant adopté qu'un parent aime son enfant biologique: « *Ma mère m'a même dit: "Tu ne pourras jamais l'aimer comme si tu le portais et que tu l'accouchais. Moi j'en ai accouché trois (enfants) et je sais c'est quoi aimer un enfant! C'est impossible que tu l'aimes autant". Je lui disais: "Comment tu peux le savoir, tu en n'as jamais adopté! Comment tu peux comparer et dire que ce ne sera pas pareil?" Même moi, aujourd'hui, je ne peux pas comparer, j'en n'ai pas eu naturellement alors je ne sais pas c'est quoi aimer un vrai enfant naturel* » (Elisabeth).

Vraisemblablement, il existe un certain fossé entre parents biologiques et parents adoptifs dans la mesure où leur expérience relative à l'arrivée de l'enfant n'est pas la même. Dans la plupart des cas, les couples qui ont des enfants biologiques n'ont pas vécu directement l'adoption alors que ceux qui ont un ou des enfants adopté(s) n'ont pas eu (pour la plupart) d'enfant biologique: « *C'est sûr qu'il y a des gens que quand ils nous posent la question (est-ce qu'on peut aimer autant un enfant adopté qu'un enfant biologique ?) et qu'on leur dit qu'il n'y a pas de différence, eux peuvent se permettre de dire : "moi ce ne serait pas ça". Il y en a qui peuvent dire: "je comprends qu'elle l'aime son enfant, mais ce n'est pas possible qu'elle l'aime comme nous on aime nos enfants biologiques"* » (Félicia). Les familles composées d'enfants biologique(s) ET

adopté(s) font en quelque sorte exception à cette règle: si ce profil familial n'était pas visé par la présente étude, plusieurs des couples adoptifs rencontrés connaissaient au moins une famille de ce genre (c'est-à-dire une famille qui compte des enfants biologique(s) et adopté(s)) et n'hésitaient pas à y référer pour expliquer et justifier l'équivalence des sentiments envers l'enfant adopté et l'enfant biologique: « *Je connais une madame qui a eu un enfant biologique et elle a aussi adopté deux filles et il y en a qui lui disent : ‘est-ce que tu les aimes autant (les enfants adoptées)?’ Voyons! C'est la même chose. Mais les gens ne comprennent pas ça... je pense qu'il y en a qui ont peur de ne pas aimer un enfant qui est adopté* ». (Zoé)

Plusieurs grands-parents vivent eux aussi une situation similaire; au même titre que les parents qui ont des enfants biologiques et des enfants adoptés, les parents des couples adoptifs sont bien souvent les grands-parents de petits-enfants biologiques et de petits-enfants adoptés. Leur position de chevauchement entre les espaces biologique et adoptif de la parenté leur permet de poser une comparaison quant aux sentiments portés à l'un et à l'autre. Comme l'ont déjà noté Ouellette et Méthot (2000), les grands-parents adoptifs ont tendance à prioriser une attitude égalitaire à l'égard de leurs petits-enfants adoptés et biologiques: « *Quand on regarde toutes les nuances de leurs discours, il semble que les grands-parents considèrent tous, à leur manière, et selon leurs propres valeurs et expériences, que la filiation adoptive ne diffère pas de la filiation biologique. Pour quelques-uns, les liens du sang demeurent très importants, mais ils ne sont pas incontournables et leur absence ne crée pas un malaise* » (2000 : 228). L'anecdote racontée par Sylviane illustre bien la position généralement adoptée par les grands-parents: « *Ma mère, elle fait du bénévolat et quand Maude est arrivée, les madames disaient, c'est des personnes âgées, elles disaient: ‘est-ce qu'on les aime autant que nos vrais là, naturels?’ Ma mère était fâchée, elle leur disait : ‘Voyons, il n'y a pas de différence’’. Donc il y a quand même des préjugés, mais peut-être plus chez les personnes âgées parce qu'eux autres, ils n'ont pas connu ça l'adoption internationale* » (Sylviane). À l'inverse, la tendance chez certains grands-parents à insister sur la parité quant au type de lien qui les unit à leurs petits-enfants (adoptés et biologiques) peut elle-même devenir une source de distinction irritante:

H: *Ah! oui oui oui, c'est sûr que les gens accordent de l'importance à ça là (aux liens de sang)!*

F: *Comme tes parents par exemple, quand ton père il remet les cadeaux de Noël, il fait toujours la précision ‘bin elle est comme les autres’’. C'est drôle ça, moi j'ai de la misère avec ça, parce que voyons, c'est sûr qu'elle est comme les autres!*

H: *Pourtant, il l'adore littéralement!*

F: *Oui je le sais, il l'adore, mais on dirait qu'il veut montrer qu'il l'accepte même si... il l'aime là, ça n'a pas de bon sens, mais il veut le montrer que... (Robert et Martine)*

Dans les représentations sociales relatives à l'apparement, le lien de sang agit comme un lien d'attachement inconditionnel. À ce titre, l'anecdote racontée par Bernard est particulièrement révélatrice de ce recours spontané aux liens de sang pour justifier la solidité et la durabilité des liens :

Q: Est-ce que vous diriez qu'en général les gens accordent de l'importance aux liens de sang dans les relations familiales?

H: *Pour certains, oui, mais c'est parce qu'ils ne vivent pas autre chose; ils ne connaissent que ça. Ils ne savent pas qu'il y a autre chose qui existe. J'écoute des confrères de travail, ils divorcent et disent par exemple: "bon les enfants ok, je vais toujours leur donner ce qu'il faut, mais elle, je n'ai pas de lien de sang avec, qu'elle mange de la merde!" Pour lui, il n'y a pas de lien avec elle. Moi j'écoute ça et je me dis: "moi je n'ai aucun lien de sang avec mes enfants, mais je vais toujours leur donner ce qu'il faut". Je ne suis pas prêt à les laisser tomber pour ça. Ce n'est pas le lien de sang qui fait une différence. Mais pour lui (le collègue) c'est une manière de dire: "je n'ai plus affaire à elle, je n'ai pas de lien avec elle, mais avec mes enfants je vais continuer...". C'est une manière de parler; il utilise les liens de sang pour dire qu'il aime ses enfants et que elle, il ne l'aime plus. Mais dans l'fond, ça n'a même pas rapport, le vrai lien, c'est l'amour. Les liens de sang, ce n'est pas vraiment important; les gens peuvent y accorder de l'importance, mais ils ne connaissent pas autre chose, ils pensent que c'est... En tous cas, pour moi, c'est l'affection qui mène tout. Il (le collègue de travail) a bien beau dire que c'est un lien de sang avec ses enfants, mais s'il ne les aimait pas... j'en ai vus des parents qui avaient un lien de sang avec leur enfant mais qui ne l'aimaient pas, qui ne s'en occupaient pas. On pense que ça devrait être facile, mais ce n'est pas plus facile parce qu'il y a un lien de sang. (Bernard)*

L'évocation des liens de sang par le collègue de Bernard pour justifier l'attachement à ses enfants et, inversement, le renoncement à sa relation conjugale est représentative du mouvement qui traverse l'ensemble des relations familiales de la société contemporaine et qui se caractérise par la précarité des liens conjugaux et, parallèlement, par un renforcement du lien filiatif qui lui, échappe au caractère contractuel et révocable du lien conjugal (Théry 1996, 1998, 2002-a; Singly 2003, 2007; Segalen 2008; Gavarini 2001, 2002-b). Selon Gavarini, « *le parental est une sorte de compromis trouvé face à des liens conjugaux que nous savons désormais précaires* » (2002-b : 21). Le parental survit donc au divorce : on se sépare du conjoint, mais on ne se sépare pas des enfants et l'on reste parents individuellement, mais ensemble : « *le lien conjugal est un contrat entre deux individus égaux et libres de continuer ou rompre leur couple, alors que le lien filial est du côté de la pérennité, de l'inconditionnel* » (Segalen 2008 : 153).



La conclusion tirée par le collègue de Bernard (que le lien qui l'unit à ses enfants est indéfectible en raison du partage d'un sang commun et que, inversement, le lien à sa femme est insignifiant parce qu'il y a absence de lien de sang) s'appuie sur deux tendances sociales parallèles qui, sans avoir les mêmes fondements historiques, mènent pourtant à un résultat semblable qui est la valorisation des liens biologiques d'apparement. Une première tendance réfère au recours spontané au fait de la reproduction biologique pour définir la parenté dans les sociétés occidentales. Une deuxième tendance, plus récente, se juxtapose à la première et participe au renforcement du lien filiatif et à la valorisation des liens de sang; il s'agit de la transformation du rapport conjugal (diminution des mariages, augmentation des ruptures et des recompositions familiales). Au final, le lien filiatif apparaît effectivement le plus fort et le plus durable, mais cette permanence n'est peut-être pas tant le résultat de l'importance accordée aux liens de sang qu'une réponse à la précarité du lien conjugal.

Mais revenons à l'anecdote de Bernard; on comprend que les propos de son collègue résonnent différemment à ses oreilles puisque sa propre expérience de père adoptif lui prouve que l'engagement et le sentiment de responsabilité qu'il éprouve vis-à-vis de ses enfants et la solidité de leur relation ne reposent pas tant sur l'existence de liens biologiques que sur l'investissement émotif dont fait l'objet cette relation ("le vrai lien, c'est l'amour"). Puis Bernard en conclut que la croyance en la force des liens de sang s'explique principalement par le fait que les gens ne connaissent pas autre chose, ce qui les amène non seulement à endosser le déterminisme intrinsèque au lien biologique, mais également à occulter la possibilité que les liens de sang puissent devenir insignifiants s'ils ne sont pas accompagnés de soins et de présence. Une réflexion semblable est posée par Alain qui, dans un premier temps, admet qu'il a eu cette crainte initiale de ne pas aimer l'enfant (adopté) et de ne pas être aimé par celui-ci. Par la suite, il en vient lui aussi au constat que l'amour réciproque entre les deux parties (dans la relation parents-enfant) ne peut en aucun temps, être subordonné à l'existence ou l'inexistence de liens biologiques : *« Avant, ma crainte, c'était la peur de ne pas l'aimer. C'est tout. Et tu as peur qu'elle ne t'aime pas. Vu que ce n'est pas de ton sang, tu as l'impression que peut-être elle ne t'aimera pas, car on pense que les parents qui ont des enfants de leur sang, ils vont les aimer naturellement, mais ce n'est pas ça la vie. Si tu ne fais rien pour qu'ils t'aiment, ils ne t'aimeront pas même si c'est toi qui les as faits ».* (Alain)

Ainsi, quelques participants mentionnent que le lien de sang n'est pas toujours le gage d'un amour inconditionnel et d'un attachement spontané. Marc-André (ci-dessous) par exemple, qualifie de "théorique" la croyance selon laquelle le lien de sang garantit la proximité entre deux personnes :

F : *Il y a des gens pour qui le lien de sang est hyper important, c'est ça ou rien.*

H: *C'est sûr que ça peut avoir une importance, mais il ne faut pas que cette importance-là soit disproportionnée. T'as beau avoir un lien de sang, mais si tu n'es pas unis, ça ne donne rien... c'est théorique tout ça! Oui, c'est mon frère, mais si tu ne lui parles plus depuis 25 ans, ça ne te donne rien que ce soit ton frère, t'es mieux avec ton meilleur ami. Il y a une perspective à mettre là-dedans, je pense, en pratique. Parce qu'on le vit tous; on est plus proches de d'autres individus que de nos propres frères ou sœurs. (Edith et Marc-André)*

Le même type d'observation est fait par Suzanne qui à son tour insiste sur le fait que le lien de sang est vide de sens s'il n'est pas investi d'engagements, de présence et d'échanges: « *Il y en a qui ont des liens de sang, mais c'est tout ce qu'ils ont. Par exemple, moi j'ai un frère. C'est un lien de sang que j'ai, mais je ne suis pas proche de lui. J'ai très peu de liens de cœur et pourtant c'est mon frère, on a le même sang. J'ai peut-être plus un lien avec une amie que j'ai, qui est extraordinaire, que j'adore. J'ai un lien de cœur avec cette personne-là. Alors, qu'est-ce qui balance le plus?* » (Suzanne). Les expériences familiales personnelles des participants jumelées à leur expérience singulière de l'adoption interviennent dans leur propre analyse de la valeur à accorder aux liens de sang : les parents remettent spontanément en question la supposée force des liens biologiques dans les relations familiales et insistent plutôt sur la valeur des liens affectifs.

À plusieurs égards, questionner la valeur des liens de sang sur le plan de la parenté et de la famille implique une comparaison entre l'enfant adopté et l'enfant biologique. Par exemple, les explications fournies par les participants pour justifier une deuxième adoption dans le même pays demeurent révélatrices d'une conception sociale particulière de la famille basée sur la recherche de l'unité et de l'égalité entre tous les membres. À ce titre, certains parents, s'ils s'accrochent très bien du fait que l'enfant présente des traits physiques différents des leurs, accordent par contre une importance plus marquée à la similitude physique entre leurs deux enfants, l'objectif étant d'éviter qu'un des deux enfants ne soit considéré "plus vrai" que l'autre aux yeux de l'entourage élargi (exemple : un enfant blanc et un autre d'origine asiatique):

*J'avais lu sur ça, sur les choses auxquelles je dois m'attendre si par exemple j'avais eu un 2<sup>ème</sup> enfant biologique, des affaires genre: "Ah! vous avez un enfant à vous et un enfant*

*adopté''. Imagine l'enfant adopté qui entend que sa sœur est à papa et maman mais pas lui. C'est le genre d'affaires que je trouverais difficile et d'ailleurs pour le deuxième, on aimerait vraiment mieux avoir un enfant Kazakh pour qu'il ait les mêmes yeux que Karim<sup>15</sup>. On s'est dit que pour lui, ce serait plus l'un d'avoir un frère ou une sœur qui lui ressemble. Tu évites des questions plates. Il y en a là-bas des petites blondes aux yeux bleus, mais imagine avoir une blonde aux yeux bleus et Karim; c'est sûr qu'il y en a qui diraient: "ah vous avez un enfant adopté et un enfant biologique" Alors si on peut éviter que ça arrive. (Félicia)*

Geneviève, mère de deux petite filles adoptées en Chine fait le constat que la société accorde certainement une importance notable aux liens de sang puisque eux-mêmes, en tant que parents adoptifs, auraient difficilement pu envisager avoir un enfant biologique et un enfant adopté, et ce malgré leur propre certitude qu'ils auraient aimé tout autant l'un que l'autre. Geneviève demeure convaincue que l'enfant adopté (versus l'enfant biologique), suite aux regards et aux commentaires extérieurs, aurait pu croire qu'il était moins aimé de ses parents. Cette situation en elle-même, c'est-à-dire la distinction spontanée que pose l'entourage et la société entre l'enfant adopté et l'enfant biologique, prouve que le lien adoptif et le lien biologique ne jouissent pas d'un statut totalement équitable. Lorsqu'il est question de mesurer la valeur des liens de sang dans la définition des relations de parenté, certaines remarques et réflexions, qu'elles émanent des participants ou de leur entourage, permettent d'établir un portrait des représentations dominantes au sein de la population. Les situations décrites par Félicia et Geneviève montrent également la force déterminante que peut exercer le contexte social sur les décisions et sur le vécu des familles adoptives.

Dans l'ensemble des propos tenus par les participants sur la valeur des liens biologiques versus celle des liens électifs, il est tout de même surprenant de constater qu'aucun d'entre eux n'évoque la dimension juridique et légale. Pourtant, celle-ci occupe une importance de premier ordre dans l'établissement de la filiation adoptive. La dimension socioaffective est certes incontournable dans la mesure où elle domine sur le plan pratique, mais il n'en demeure pas moins que le lien filiatif, en adoption, n'a de valeur réelle que lorsqu'il est reconnu par la loi. C'est le jugement d'adoption qui donne le statut légal de "père" et de "mère" aux parents adoptifs. Cette réalité est occultée par les participants qui semblent davantage préoccupés par la nécessité de démontrer

---

<sup>15</sup> Au Kazakhstan, en raison de la proximité de la Russie et de l'Asie, les enfants cédés en adoption peuvent être de type caucasien ou asiatique.

l'égalité entre les liens biologiques et affectifs que par la mise en valeur de la reconnaissance légale qui définit en partie le lien adoptif.

### 6.2.1-b) Le “vrai” parent est celui que le sang désigne

La manifestation la plus évidente de la valeur accordée aux liens de sang dans les représentations relatives à l'apparentement est sans aucun doute le recours au qualificatif “vrai” pour désigner le père, la mère et les frères et sœurs biologiques. Les situations qui découlent de ce type de nomination ont un impact direct sur les familles adoptives qui voient alors leurs relations familiales reléguées à un espace extérieur à celui de la “vraie” parenté. Par exemple, les couples qui adoptent deux enfants d'un même pays sont régulièrement confrontés à ce genre de raisonnement:

H: *Le monde te rencontre et te dit : “Est-ce que c'est deux vraies sœurs?”*

Q: *Qu'est-ce que vous répondez à ça?*

H: *C'est des sœurs, mais elles ne sont pas nées de la même mère. Parce que pour moi c'est des vraies sœurs. Elles le savent, elles savent qu'il y en a une qui a été adoptée dans le Nord de la Chine, l'autre dans le Sud, elles savent qu'elles ont des mères différentes, des pères différents, elles savent tout ça.*

Q: *Mais elles se considèrent comme des vraies sœurs j'imagine?*

H: *Bin oui mais la question est... pour les gens, ce ne sont pas des vraies sœurs, elles ne sont pas nées de la même mère. Et à l'école, c'est compliqué aussi pour eux autres, elles se la font poser la question. À ce niveau-là, tu vois que ça vient des parents souvent... “c'est tu des vraies sœurs?” (ton de dérision). Avant de me faire poser la question la première fois, je n'avais jamais pensé à ça. C'était ma famille, donc c'était des sœurs, mais il y a des gens qui font la distinction.*

F: *La grande, elle se l'est fait poser souvent cette question-là. Maintenant, elle dit à sa petite sœur: “tu ne réponds pas à cette question-là, ce n'est pas de leurs affaires”. Les deux le savent très bien qu'elles ont des mères différentes, qu'elles ont des pères différents aussi, d'autant plus qu'elles ont été adoptées à trois ans d'intervalle et qu'elles ne viennent pas de la même région. Parce que dans sa tête... ce qu'elle (la plus vieille) dit à la plus jeune, elle dit: “l'important, c'est que pour nous autres là, on est des vraies sœurs” (Bernard et Nadine)*

Le choc que ressentent certaines familles adoptives face à ce genre de remarque est d'autant plus grand qu'elles ont passé les premières années de leur vie familiale dans un confort relatif vis-à-vis de cette question puisque la référence aux “vrais parents” est la plupart du temps soulevée les premières fois par des camarades de classe qui, ayant atteint un certain âge, sont en mesure non seulement de percevoir les différences physiques entre les divers membres de la famille adoptive, mais aussi de comprendre que l'apparentement passe habituellement par la connexion génétique et biologique. Cette situation pose nécessairement un défi supplémentaire pour les

parents adoptifs qui n'ont souvent jamais même envisagé pouvoir être qualifiés de "faux" parents ou qui n'ont encore jamais pensé que leurs filles pouvaient être considérées autrement que comme des vraies sœurs :

H: *Si tu as deux enfants biologiques, jamais quelqu'un va venir te demander si c'est deux frères ou deux sœurs. Mais nous, on se le fait demander souvent: "Est-ce que c'est deux vraies sœurs?", "Oui, c'est deux vraies sœurs!", "Oui mais, est-ce que c'est deux vraies sœurs?" On le sait que ce n'est pas deux vraies sœurs au niveau du sang, mais au niveau de la cellule familiale, c'est deux vraies sœurs.*

F: *Comme Joannie a commencé à dire... parce que dans sa classe, il y a des enfants de familles reconstituées, elle a dit: "Moi, Gloria c'est ma demi-sœur" J'ai dit: "Ben non, Gloria ce n'est pas ta demi-sœur!" Elle m'a dit: "Mais, nous n'avons pas la même mère" J'ai dit: "Moi je suis ta mère à toi et à Gloria aussi et vous avez le même père. Vous n'avez pas la même maman de naissance, mais vous êtes deux sœurs. Une demi-sœur ce n'est pas ça!" Je lui ai expliqué. Elle a dit: "Je pensais que c'était ma demi-sœur, il y en a d'autres qui ont des demi-sœurs". J'étais comme...*

H: *Il faut ramener ça à la cellule familiale. (Juliette et Kevin)*

Le recours au terme de "demi-sœur" et l'explication que l'enfant s'est elle-même forgée pour situer la relation de parenté qui l'unit à sa sœur sont eux aussi révélateurs des significations sous-jacentes aux qualificatifs utilisés pour situer les différents types de relations familiales. Les réalités vécues par les familles recomposées croisent celles des familles adoptives dans la mesure où elles impliquent toutes deux des relations qui se situent à l'extérieur des cadres biologiques. Les parents sont alors amenés à distinguer ces différents types de relations auprès de leurs enfants en ayant recours à des arguments qui privilégient les liens établis à travers l'engagement et l'affection ("il faut ramener ça à la cellule familiale"). Dans une étude qualitative menée en Nouvelle-Zélande auprès de familles ayant un enfant conçu par insémination avec donneur de sperme (IAD), Hargreaves (2006) explore les manières par lesquelles les parents et leur parenté construisent activement les relations et les connexions de parenté à travers les notions de liens biologiques, de liens sociaux, de nature et de culture. Selon l'auteur, plusieurs couples reconnaissent le discours qui priorise la connexion physique, mais résistent à l'idée que le vrai parent est le biologique ou génétique. En ce sens, ils travaillent à leur manière la dichotomie nature-culture comme une stratégie pour s'identifier eux-mêmes comme les seuls parents de leur enfant (Hargreaves 2006: 269).

Cette préoccupation à l'égard des liens biologiques entre frères et sœurs ainsi que le recours spontané au terme de "vrai(e)" pour désigner les apparentés ont une incidence sur les parents adoptifs qui se trouvent alors devant l'obligation d'expliquer leur statut vis-à-vis de leur enfant:

« *Cet été, Catherine était avec un ami et, sûrement pour l'écœurer, il lui a dit : 'c'est parce que ta mère là, ce n'est pas ta vraie mère, parce qu'elle ne te ressemble pas'.* Alors quand moi je suis allée chercher Catherine, elle m'a dit : *'Je ne pars pas avec toi, parce que tu n'es pas ma vraie mère...'* Oh boy! Aie là, j'ai trouvé ça dur! J'ai pris ça très dur. J'ai dit: *'Ben moi, sais-tu, je me considère comme ta mère. Je m'occupe de toi depuis que t'es bébé et je suis ta mère, ta mère de cœur'* ». (Suzanne). Dans d'autres cas, les explications supplémentaires développées par les parents sont dirigées vers l'extérieur de la cellule familiale, c'est-à-dire que les parents s'adressent directement à celui (souvent un enfant) qui remet en cause la véracité du lien adoptif:

*D'autres qui vont me dire : 'est-ce que c'est des vraies sœurs?' 'mais c'est quoi pour toi des vraies sœurs?' 'non, non, mais je veux dire des vraies sœurs là...' 'ha! tu veux dire des sœurs biologiques? Non, ce n'est pas des sœurs biologiques, mais c'est des vraies sœurs parce qu'elles sont élevées par les mêmes parents'. C'est plus par rapport à ça qu'il y en a qui posent des questions. Comme à l'école, il y en a qui posent des questions: 't'es tu sa vraie maman?' parce qu'ils voient la différence physique, 'ben oui, je suis sa vraie maman, c'est moi qui s'en occupe. C'est quoi pour toi une vraie maman?' C'est quelqu'un qui prend soin de l'enfant, qui lui donne à manger, qui lui donne un toit, qui s'en occupe, qui la berce, qui lui donne son bain... 'Oui, je suis sa vraie maman, et elle en a juste une' (Geneviève)*

Les propos de Geneviève résument bien la situation vécue par plusieurs familles adoptives et plus particulièrement par les parents adoptifs qui, à l'occasion, doivent expliquer leur "différence" et soulever une réflexion chez leurs auditeurs qui associent spontanément la "vraie parenté" aux liens de sang. Plusieurs parents sont donc directement confrontés à cette logique souvent par le biais des amis de leurs propres enfants, des amis souvent trop jeunes pour comprendre les subtilités liées à la dynamique familiale et relationnelle de la famille adoptive ou encore pour mesurer l'effet de leurs propos, mais assez vieux pour saisir le caractère différent de la famille adoptive:

*Il y a deux-trois semaines, j'allais chercher les filles à l'école, la plus vieille faisait son 'cheerleading', donc je devais l'attendre une heure à l'école. Je suis allée dans le coin des vestiaires rejoindre ma deuxième qui est en deuxième année, et là son amie de classe lui dit : 'ta fausse mère est là, elle vient d'arriver'. Moi je ne l'avais pas entendue, mais une fois dans l'auto, Yasmine m'a dit : 'maman je voudrais te parler'. Elle dit : 'mon amie a dit que ma fausse mère était arrivée', j'ai dit : 'ouin, ce n'est pas vraiment gentil', elle dit : 'non, pas vraiment'. Puis elle me dit : 'sauf que je vais te dire une chose maman; pour moi, ma maman chinoise, dans ma tête, elle est morte, mais le jour où elle va mourir, je vais le ressentir'. Je suis restée bête. Dans sa tête, elle n'est plus là, mais dans son cœur, elle dit : 'je vais le ressentir lorsqu'elle va mourir'. Finalement, je n'ai pas eu à discuter vraiment plus que ça du sujet. Elle en est arrivée elle-même avec un résultat donc je n'avais pas à argumenter outre mesure. (Nadine)*

La priorité accordée aux liens de sang comme facteur de définition de la parenté semble donc persister, malgré des transformations familiales qui accordent une place grandissante aux liens affectifs et à l'engagement : « *Moi je pense que les gens accordent quand même pas mal d'importance aux liens de sang. Les gens voient une différence importante (entre liens biologiques et liens de sang) car ils cherchent absolument à savoir si c'est sa sœur biologique, son frère biologique, sa mère biologique, son père biologique, etc. Je pense que les gens focussent beaucoup là-dessus* » (Danielle). Par exemple, l'anecdote rapportée par Juliette (ci-dessous) montre comment le facteur biologique intervient de manière variable dans la reconnaissance du lien adoptif ; alors que sa bonne amie a d'emblée reconnu Juliette dans son rôle et dans son statut de parent, le père de cette même amie, quant à lui, n'arrivait pas à qualifier le lien adoptif de "vrai" lien parental, reléguant cette fois-ci le statut des grands-parents adoptifs dans une zone secondaire :

*Nous avons un couple d'amis duquel nous sommes très proches. Elle m'a raconté quand elle avait annoncé à son père à elle que nous allions adopter: "Kevin et Juliette vont avoir un bébé", "Ah oui!", "Ben oui, ils vont adopter en Chine!". Et à ce qu'il paraît, son père a comme figé un peu. Il n'a pas rien dit. Elle a dit: "Je te dis que la mère à Juliette est contente, elle ne pensait pas d'avoir de petits-enfants" Il lui a dit: "Ça ne compte pas, ce n'est pas une vraie grand-mère, il va être adopté!" Je pense qu'elle s'est choquée après son père parce que pour elle, elle m'a dit: "Moi, je n'avais jamais pensé à ça!" Ça l'a choquée que son père lui dise ça. (Juliette)*

Finalement, qu'elle soit soulevée en présence des familles adoptives ou dans des discussions dont elles sont absentes, la force du lien biologique dans les représentations sociales de la parenté est une réalité avec laquelle les familles adoptives doivent composer. En ce sens, elles doivent jongler avec des réalités souvent asymétriques où le quotidien et les relations établies à l'intérieur de leur propre cellule ou cadre familial ne correspondent pas toujours aux définitions priorisées par la société. Par contre, comme le montre Volkman (2009), les parents adoptifs eux-mêmes n'échappent pas toujours à ces définitions dominantes de l'apparentement. L'auteur analyse un phénomène récent qui touche de plus en de plus de familles ayant adopté en Chine, soit la recherche (via Internet et l'utilisation de tests d'ADN) de "siblings"<sup>16</sup>, c'est-à-dire de sœurs nées des mêmes parents mais adoptées par des couples originaires de différents pays du monde. Ce phénomène récent, quoiqu'il n'ait pas été mentionné chez les participants de la présente étude,

<sup>16</sup> Dans le cas détaillé par Volkman (2009), il s'agit principalement de sœurs biologiques.

touche plusieurs couples qui ont adopté en Chine au cours des dernières années. Selon l'auteur, ce nouvel engouement ne peut être compris qu'à la lumière des préoccupations culturelles relatives à la biologie, à la génétique, à l'identité et aux racines. Parallèlement, l'accès grandissant à des tests d'ADN de plus en plus sophistiqués ainsi que le rôle bien établi d'Internet comme lieu global de connexion contribue au développement florissant de la recherche de "siblings" dans la communauté adoptive. Paradoxalement, ces recherches vont complètement à l'opposé des nombreux efforts déployés par les parents adoptifs pour faire reconnaître la valeur sociale des liens affectifs. Elles vont aussi à l'encontre des explications que les adoptants fournissent à leur enfant sur le rôle non déterminant de la biologie dans la définition de la famille : « *Qu'est-ce que la recherche d'une sœur signifie dans une communauté où la légitimation d'une parenté socialement construite est cruciale et où les parents ont horreur de la question, maintes fois posée par les étrangers: "sont-elles de vraies sœurs?"* » (Volkman 2009 : 296). On peut aussi penser que ces démarches pour retrouver la sœur (ou le frère) biologique, même si elles contredisent les critères de définition que les parents adoptifs privilégient pour qualifier les relations de parenté, n'apparaissent pas menaçantes ou déstabilisantes pour les adoptants dans la mesure où elles s'articulent à l'intérieur du cadre adoptif. En effet, ces recherches n'impliquent pas les parents biologiques, mais plutôt d'autres familles adoptives.

### 6.2.1-c) Évolutions et transformations des contextes familiaux<sup>17</sup>

D'un côté, les parents adoptifs constatent un recours quasi spontané aux liens biologiques d'apparemment pour situer et définir les relations familiales dans l'entourage social. De l'autre, ils observent une transformation du contexte social ambiant en ce qui concerne les liens familiaux. Non seulement le nombre d'adoptions a-t-il augmenté (rendant celles-ci plus visibles et moins marginales), mais les recompositions familiales se sont quant à elles multipliées, fixant à leur tour de nouveaux paramètres pour la définition de la famille contemporaine: « *On est de plus en plus de familles adoptives dans une société où les familles sont recomposées, donc ça change beaucoup. Ça a changé beaucoup depuis les 10 dernières années. Moi j'ai des oncles et des tantes qui sont en familles recomposées et lors des partys de Noël, les enfants des conjoints sont*

---

<sup>17</sup> La section 6.2.2-d) traitera plus particulièrement des changements intervenus au cours des dernières années au niveau des représentations sociales relatives à l'adoption alors que la présente section se préoccupe davantage de mettre en évidence les transformations qui ont participé à la redéfinition sociale de la famille et de la parentalité.



*là, ils sont présents et ils sont acceptés, ils ont des cadeaux* ». (Lionel). Plusieurs parents abordent simultanément l'expansion de l'adoption internationale et la multiplication des familles recomposées pour expliquer comment la société a changé et comment, par le fait même, cela a contribué à transformer les critères de définition de la famille :

Q: Et trouvez-vous que la société porte beaucoup d'importance aux liens de sang?

H: *Le lien de sang était bien plus important il y a 20-25 ans. Mais aujourd'hui, on entend tellement parler de l'adoption internationale. Si on recule, il y a 20 ans... c'est probablement eux qui ont commencé à faire tomber les barrières et qui ont fait évoluer les gens.*

F: *... pas juste l'adoption, il y a des familles reconstituées. Il y a plein de couples qui sont ensemble et que les enfants du conjoint deviennent comme les enfants de la femme. Mais c'est vrai que pour les gens plus vieux, ça a encore beaucoup d'importance.* (Juliette et Kevin)

*Il y a beaucoup de gens qui préfèrent les liens génétiques. Je pense que c'est encore considéré important. Mais de plus en plus, ils acceptent le fait que tu peux avoir des enfants non-biologiques parce qu'il y en a quand même beaucoup des enfants adoptés. De plus en plus, les gens sont ouverts là-dessus, mais encore là, tu vois qu'il y en qui font une différence* (Simon).

Ainsi, les participants retracent une évolution des mentalités qui intervient dans les représentations collectives et dans l'importance accordée aux liens de sang. Dans un article où il questionne la signification de la famille et l'importance que les couples infertiles adoptifs accordent aux liens biologiques et génétiques, Van Den Akker (2001) mentionne lui aussi que « *le sujet des liens génétiques auquel font face les couples infertiles est tout aussi présent dans la population "fertile" puisque des changements majeurs sont observables dans la constitution des familles* », comme l'augmentation du célibat, des divorces et des recompositions familiales (2001 : 148). Par exemple, Sarah et Francis ainsi que Jérôme et Annie récupèrent la notion de liens de sang et l'abordent sous un angle historique en la mettant en parallèle avec les pratiques de transmission du patronyme et avec l'idée de perpétuation de la lignée familiale, des principes qui selon eux ont largement perdu en importance au cours des dernières décennies:

Q: Mais en général trouvez-vous que les gens trouvent ça important d'avoir des enfants qui sont de leur sang?

F: *Ah non! Plus maintenant. Il y a 50 ans, je dirais que oui, ça avait de l'importance que les gens portent le nom du père et tout ça, mais maintenant les femmes gardent leur nom et... Il y a 50 ans, oui c'était important que les enfants aient des enfants pour continuer le nom et qu'ils aient des garçons, mais plus maintenant.*

H: *Il y a aussi le fait que maintenant, il y a beaucoup de familles reconstituées qui font en sorte que le père n'est pas nécessairement le père, la mère peut être la vraie mère et eh...je pense que les familles reconstituées, elles ont enlevé ces barrières-là un peu je pense.* (Sarah et Francis)

Q: Est-ce que c'est quelque chose que vous pensez qui est encore important dans les familles, le lien de sang ou...?

F: *C'est une fierté. Mon fils qui vient de moi, qui vient de mon sang, la lignée, là. C'est plus une fierté je te dirais. Mais en même temps, je ne pense pas que... les gens astheure...*

H: *Ça a beaucoup changé. Je pense qu'aujourd'hui, c'est moins présent que ça ne l'était. C'est probablement important encore, c'est la base d'une société en quelque part. Une société ne peut pas vivre juste avec l'adoption non plus. Alors c'est encore la base, mais c'est probablement pas aussi important que ça l'était il y a une génération.* (Jérôme et Annie)

Dans le dernier segment de son propos, Jérôme pose une réflexion intéressante. Selon lui, il est difficile socialement d'échapper à la valeur des liens de sang dans la mesure où ces derniers représentent la base de la reproduction d'une société. Il souligne qu'on ne peut vivre et se reproduire comme société seulement par le biais de l'adoption et qu'en ce sens, il est normal que les gens aient tendance à prioriser les liens de sang dans la définition des liens d'apparentement. À cet égard, Fine et Martial (2010) rappellent également que la référence aux circonstances naturelles de la procréation demeure une "puissante métaphore" qui s'inscrit dans un cadre historique qui nous précède de plusieurs milliers d'années : « *La référence à la dimension "biologique" des relations de parenté, portée par la métaphore du sang partagé, traverse de part en part l'histoire culturelle des sociétés d'Europe occidentale. Elle n'est cependant jamais l'unique mode de construction de la parenté et coexiste de manière indissociable avec la parenté spirituelle, très investie et valorisée dans le monde chrétien* » (2010 : 127).

\*\*\*

La plupart des parents adoptifs reconnaissent la valeur généralement accordée aux liens de sang et demeurent conscients de la force d'attraction qu'elle exerce auprès des acteurs sociaux, une réalité avec laquelle ils doivent composer : « *la dimension sociale de la parenté ne se substitue jamais tout à fait à la référence au "biologique" dans la manière dont est pensé le contenu des liens entre parents : ces deux éléments coexistent et se rencontrent sans cesse au sein des familles contemporaines* » (Martial 2005 : 159). À ce titre, la période de socialisation des enfants constitue un point tournant : longtemps restreints à leur famille proche (qui à plusieurs égards sert d'écran de protection), les enfants qui intègrent le milieu scolaire découvrent la "différence" de leur famille à travers les yeux des autres. La situation est loin d'être toujours vécue dramatiquement, mais elle prouve tout de même que les familles adoptives ne sont pas imperméables à la société dans laquelle elles vivent et qu'elles doivent se situer face à ces définitions et représentations dominantes.

Si l'on se réfère à l'ensemble de la trajectoire du couple, le vécu relatif à l'adoption apparaît comme un événement hautement significatif sur le plan social: la période marquée par le désir d'enfant et par le recours à la procréation médicalement assistée met en avant-scène des motivations et des valeurs communes à tous les couples désireux d'avoir un enfant ou ayant déjà des enfants. À cette étape, le langage est relativement le même pour tous et s'articule autour de la concrétisation du projet parental, un terrain commun qui s'appuie sur des principes et des normes partagés. Par contre, l'adoption fait apparaître un inévitable décalage entre les familles adoptives et l'ensemble de la société : sans nécessairement entrer en confrontation, les deux parties ne partagent plus (en totalité) les mêmes critères de définition des relations de parenté. D'un côté, le questionnement récurrent de la part du grand public concernant la famille d'origine de l'enfant adopté (est-ce que ce sont deux vraies sœurs? Où est sa vraie mère?), peut être entrevu comme un effort qui vise principalement à situer l'histoire de l'enfant dans le temps et à l'intérieur de normes communes. D'un autre côté, cette logique de mise en récit privilégiée par l'entourage oblige la famille adoptive à aborder la question des antécédents biologiques dont elle cherche précisément à se distancier. Les objectifs des uns et des autres apparaissent alors distincts: alors que les gens de l'entourage cherchent des explications en ayant recours aux faits biologiques d'apparement, de leur côté, les parents adoptifs souhaiteraient plutôt que soit utilisée une logique d'énonciation axée sur le présent (instantanéité). Une logique qui permette de définir dans le temps présent (sans égard au passé) leur famille et chacun des membres qui la composent.

Par contre, plusieurs participants reconnaissent que les transformations qu'a connues la famille contemporaine au cours des dernières décennies leur ont été favorables, la multiplication des formes familiales permettant l'établissement de nouveaux repères de définition et par conséquent une meilleure acceptation des différents types de familles. Considérant le caractère mouvant et flexible de la définition des cadres familiaux et des pratiques familiales, on peut d'ailleurs penser que l'abandon du modèle matrimonial classique comme point de référence laisse poindre la fin de l'adoption comme imitation de la filiation biologique : « *l'adoption qui s'est construite sur une imitation de la filiation charnelle pourrait bien alors s'affranchir de la nature* » (Murat 2008 : 29).

La prochaine section (6.2.2) s'intéresse aux représentations sociales liées à l'adoption, c'est-à-dire aux images et aux réactions primaires que suscite l'adoption dans le grand public. Le phénomène est abordé à partir du point de vue des adoptants qui ont été questionnés sur les différentes perceptions qui, selon eux, dominent le regard que pose leur entourage proche et éloigné sur l'adoption.

## 6.2.2 L'adoption dans la société à travers les lunettes des adoptants

La filiation est généralement définie à partir de l'articulation d'éléments biologiques, juridiques et affectifs. Dans nos sociétés, le fait que le système de filiation soit bilatéral et donc étroitement calqué sur le modèle de reproduction biologique contribue à la naturalisation de la parenté et de la filiation. En ce sens, l'adoption peut être abordée comme une forme d'outil que s'est donnée la société pour légaliser un lien qui de prime abord ne correspond pas aux cadres de définition de la filiation, les sociétés occidentales demeurant à ce titre très attachées à la valeur de l'apparement biologique comme point d'ancrage des relations de parenté.

C'est à partir de ce contexte qu'on été questionnées les représentations et les perceptions sociales dominantes relatives à l'adoption : comment, selon les parents adoptifs, l'adoption est-elle perçue socialement et quelles sont les représentations spontanées qui selon eux, ont cours dans la population en général à l'égard de celle-ci? Quatre dimensions principales ont été dégagées des propos des participants: l'aspect monétaire relié à l'adoption (principalement l'adoption internationale); le caractère prétendument charitable de l'adoption; les différentes transformations de l'institution adoptive et du contexte dans lequel elle s'inscrit; l'aspect "différence" (surtout physique) qui continue de susciter diverses réactions dans l'entourage.

### 6.2.2-a) L'adoption comme transaction monétaire

Les sommes d'argent impliquées dans les procédures adoptives représentent sans aucun doute la dimension qui frappe le plus durement l'imaginaire social relatif à l'adoption. En effet, la totalité des parents qui ont eu recours à l'adoption internationale mentionnent que la référence aux coûts financiers constitue l'élément le plus fréquemment évoqué par l'entourage élargi. Ainsi, aux yeux des couples, c'est la dimension financière qui domine les perceptions sociales :

*H: Les gens ne sont pas tous conscients de ce que c'est l'adoption vraiment. Ça a l'air, des fois, d'une marchandisation: il y en a qui ont ça à l'esprit. Trop souvent, les gens pensent à ce que ça coûte. Tu sens qu'il y a beaucoup de gens, même bien intentionnés, qui tout de suite dans leur tête voient un signe de piasse, ce que ça coûte l'adoption. Ça, on l'a senti souvent.*

*F: Même quelqu'un de proche là qui a dit... parce qu'on connaît quelqu'un qui a adopté quatre enfants et moi je parlais de cette famille-là et je disais : "elle a adopté quatre enfants, c'est beaucoup quatre enfants! C'est quelque chose avoir quatre enfants, aller en Chine quatre fois!" Et elle me répond : "t'imagines, presque 100 000\$ dans la maison!" Je n'ai même pas répondu parce que je me disais, je vais répondre quelque chose de pas trop fin fait*

*que j'aime autant ne pas répondre. Je n'en revenais pas; probablement que mon regard en disait long!*

H: *On dirait que ça frappe l'imagination des gens.* (Robert et Martine)

*Je m'étais fait demander un moment donné par quelqu'un que je connais très bien "combien elle a coûté ta fille?" et je lui avais dit : "veux-tu avoir un prix à la livre? Ce n'est pas du steak haché, là!" Je l'avais figé pas mal raide et il a réagi en disant : "ce n'est pas ça que je voulais dire..." "Ben pose ta question autrement un petit peu... tu vas peut-être avoir une réponse différente aussi". Mais oui, c'est des choses qui sont encore très très présentes aujourd'hui.* (Annie)

*"Vous l'avez payée combien?" : la première affaire qui vient comme sujet de discussion, c'est l'argent. Je me souviens que le voisin de la maison où nous étions avant nous avait dit: "Ils sont assez voleurs (en Chine), c'est sûr que ça doit coûter cher!" Moi, je ne l'ai jamais vu comme ça. Ça ne m'a jamais passé par l'esprit.* (Dominic)

*Quand tu vas au centre d'achats ou dans des places publiques, il y a des gens... un moment donné, il y a un monsieur, il m'a dit "Ha ! regardes un p'tit bébé acheté". Moi, je l'ai laissé faire, je n'ai rien dit... Ça vaut même pas la peine. C'est du monde pas civilisé.* (Catherine)

Si à plusieurs égards, les parents font assez facilement abstraction de commentaires jugés déplacés (ils sont nombreux à affirmer que comme parents adoptifs, il faut être prêts à entendre ces commentaires et à les dépasser), ils trouvent par contre plus difficile d'avoir à négocier avec les références à la dimension financière dans la mesure où elles impliquent un questionnement qui finit par toucher directement l'enfant. Éventuellement, celui-ci risque d'interroger le soi-disant commerce sous-jacent à son adoption. Dans le cadre de cette recherche, les enfants étaient pour la plupart trop jeunes pour comprendre le sens de ces commentaires, mais les parents anticipaient tout de même les conséquences de ces remarques sur leur enfant:

*Peu importe qui qui se rend compte qu'on adopte, c'est toujours la première question: l'argent! "Ça coûte cher ça!" Ça dépend pour qui mais pour moi, ça n'a tellement pas de prix. Mais c'est la première question qu'on nous demande tout le temps! À toutes les fois qu'ils voient Arno, ce n'est même pas "de quel pays il vient?" Ce n'est pas : "Avez-vous eu une belle expérience?" Non, c'est "Hein, ça coûte cher adopter!" C'est pour cela que selon moi, le plus grand défi, c'est de dire à l'enfant: "Oui, ça a coûté des sous à papa et maman pour aller te chercher", mais c'est surtout de lui faire comprendre que finalement, ce n'était pas l'argent qui était important* (Elisabeth).

*Moi ça me dérange* (la référence à la dimension financière). *Tant que mes enfants ne comprenaient pas, je répondais et ça me dérangeait plus ou moins. Mais une fois à l'épicerie, j'étais avec les deux filles et Anouk, à cinq ans, comprend bien des choses. Et une dame qui faisait faire des dégustations me dit : "mon neveu a adopté au Nicaragua et la petite lui a coûté 27 000\$..." Alors je dis: "madame, ce n'est pas l'enfant qui coûte de l'argent..." J'essayais de la... "Oui, oui, oui, ils lui ont chargé 27 000\$ pour sa fille", et elle en mettait. J'essayais de lui faire voir que j'avais mes filles, je savais bien qu'une fois tournée la rangée, Anouk me poserait des questions. Et finalement, j'étais fâchée après la madame et j'ai réalisé que c'est vraiment plus parce que je ne veux pas que mes filles pensent que j'ai acheté un*

*enfant. Ce n'est pas ça du tout. Je ne veux pas que ce soit associé à ça. C'est vraiment plus ça qui me dérange. Si elles ne sont pas là et que les gens me le demandent, je réponds et il n'y a pas de problème. Mais si mes filles sont là, oui ça me dérange. Anouk elle comprend: comme cette fois-là à l'épicerie, elle m'a demandé : "pourquoi maman t'es fâchée?". J'étais hors de moi, j'étais vraiment choquée et j'ai dit à la madame "d'abord que vous ne comprenez rien, on n'a plus rien à se dire". J'étais trop fâchée, elle exagérait vraiment et elle ne comprenait rien. "Pourquoi maman t'es fâchée?" Je lui ai expliqué que la madame ne comprenait pas ce que je disais et que ça m'avait fâchée, mais... Moi, c'est plus ça qui me dérange. (Geneviève)*

Les perceptions sociales relatives à l'argent lorsqu'il est question d'adoption ont donc des implications directes sur les familles adoptives qui se trouvent alors devant la nécessité non seulement de réexposer les faits différemment et d'expliquer à l'entourage la répartition des coûts relatifs à l'adoption, mais aussi de justifier ces dépenses auprès de l'enfant dans le but d'éliminer toute association entre commerce et adoption. La réduction de l'enfant adopté à un produit consommable dont le coût d'achat se trouve chiffré apparaît inadmissible aux yeux des parents qui craignent qu'un tel raisonnement finisse par atteindre leur enfant. Cette tendance sociale (à lier spontanément adoption et argent) crée souvent un malaise dans la mesure où elle laisse automatiquement planer l'idée que l'enfant a un prix, ce qui apparaît moralement et éthiquement condamnable, d'où l'effort souvent déployé par les parents pour rectifier cette perception.

Une fois de plus, les frais impliqués pour accéder à l'enfant sont mis en cause. À cet égard, les discours tenus par les participants se rapprochent étroitement des critiques formulées à l'égard de la PMA et qui ont été mises en évidence dans la section 4.3.2-c) intitulée "Le caractère dérangeant de la dimension financière". Dans les deux cas (PMA et adoption), la valeur économique de l'enfant est remplacée par une valeur émotionnelle et les parents résistent à l'idée qu'un enfant puisse avoir un prix ou représenter une somme d'argent quelconque. À ce titre, Zelizer (1985) mentionne que s'il est effectivement devenu impossible d'évaluer le prix d'un enfant par la valeur de son travail, sa nouvelle valeur affective a contribué en retour à la création d'un nouveau marché : celui de l'adoption. Ainsi, même si les adoptants versent effectivement des sommes considérables pour avoir accès à un enfant (en adoption internationale), ils priorisent tout de même la logique de "l'enfant sans valeur économique", d'où l'idée maintes fois soulevée par les parents "qu'un enfant, ça ne s'achète pas". Plusieurs parents vont directement insister sur le principe bien établi et largement partagé selon lequel aucun être humain, en l'occurrence l'enfant, ne peut faire l'objet d'une transaction monétaire :

*Tu vis avec les commentaires des autres; les gens portent des jugements. Par exemple, je m'en vais à l'épicerie avec Océanne, elle est bébé, mais elle commençait à entendre les conversations et il y a un monsieur d'un certain âge qui me dit comme ça: "Ha!, vous vous êtes acheté un enfant!" Je me tourne de bord et je lui dis: "Non. Qui vous dit que je me suis acheté un enfant? Vous savez, il y a plusieurs possibilités. Qu'est-ce qui vous dit que je n'ai pas eu un amant qui était Chinois?". Fait que là, il m'écoute bouche bée et la caissière chez IGA lui dit : "Vous vous êtes fait prendre là, hen! Vous ne vous attendiez pas à ça!" J'ai dit : "Vous savez monsieur, quand on porte des jugements comme ça... je dois vous dire que je n'ai pas d'amant chinois, mais je l'ai adoptée; on est partis d'ici et on est allés la chercher. J'ai payé un billet d'avion et je suis allée la chercher. Je ne l'ai pas acheté; ça ne s'achète pas quelqu'un. Pour moi, c'est mon enfant au même titre que lorsque quelqu'un le porte. Moi, je ne l'ai pas portée, mais j'ai été la chercher". (Suzanne)*

*L'autre fois, j'étais en train de travailler sur mon terrain et il y a une fille qui passe et que je connaissais de vue parce qu'elle était déjà venue dans un de nos restaurants et elle dit: "Ha! Vous habitez là, vous avez une belle maison. Vous vous êtes acheté un enfant?" Mais, tu te dis, pauvre monde! Je lui ai dit que nous n'achetons pas un enfant, on adopte un enfant. J'ai dit: "Nous sommes allés la chercher en Chine et on n'achète pas un enfant!" Je l'ai regardée dans les yeux et elle m'a dit: "Excuse-moi, je ne voulais pas t'offusquer" et je lui ai dit: "C'est niaiseux ce que tu dis!". J'ai recommencé à faire mes plantes... good bye! "Tu vas faire attention à ce que tu vas dire la prochaine fois, j'espère!". Cette notion-là de l'argent, c'est fatigant. (Odile).*

À cet égard, il subsiste un fossé relativement profond entre les familles adoptives et la société dans son ensemble puisque si la référence à l'argent est celle qui revient le plus souvent de la part de l'entourage élargi et du grand public, il y a unanimité du côté des couples adoptifs pour dire que l'adoption en elle-même ne peut être réduite à un montant d'argent ou à une transaction commerciale. Alors que plusieurs autres remarques laissent souvent les parents indifférents (comme les commentaires sur le pays d'origine de l'enfant, sur les différences physiques, sur les relations intra-familiales), la référence au "prix de l'enfant" quant à elle est jugée irrecevable. Les parents sont irrités devant un tel raisonnement qui, en mettant de l'avant une logique marchande, vient menacer la légitimité morale de l'adoption internationale.

Cette insistance sur la dimension financière liée à l'adoption implique une conséquence parallèle pour les couples adoptifs et les familles adoptives : elle assigne à ces derniers un statut social particulier basé d'abord sur l'importance des montants d'argent déboursés. Deviennent ainsi adoptants les couples ayant beaucoup d'argent. Pourtant, s'il est vrai que les procédures d'adoption internationale impliquent des frais substantiels, il n'en demeure pas moins que les couples adoptifs rencontrés étaient loin d'être fortunés et se situaient pour la plupart dans la



classe moyenne. Les couples adoptifs sont d'abord et avant tout des couples qui ont priorisé ce choix au détriment d'autres options :

H : *Quand tu vas au restaurant, des fois il y a des gens qui te disent: "Hé, un petit bébé à 20000\$!" Ça, on se l'est fait dire souvent!*

F: *"Maman, est-ce que tu m'as vraiment payée 20 000\$?" Ça va être ça la question. Il faut que tu sois prêt à te faire regarder, il faut que tu sois prêt à te faire poser des questions et des fois, c'est des remarques poches.*

H : *Ça tourne beaucoup autour de l'argent.*

F: *"Comment ça coûte ça?" Ça intrigue le monde. Nous on passe pour des riches dans notre village. Tout le monde pense qu'on est riche épouvantable. Tout le monde pense qu'on fait de l'argent comme ça n'a pas de bon sens. C'est niaisieux là! (Laurence et Christian).*

*Nous, on n'est pas fortunés, loin de là. Puis très souvent je disais "Non, c'est un choix de vie. C'est un choix de vie qu'on a fait". Il y en a qui s'achète une maison, il y en a qui s'achète d'autres choses, nous on a décidé de prendre l'argent et d'acheter des billets d'avion et d'aller chercher un enfant. On a décidé ça, c'est un projet. (Suzanne)*

*Tout ce qu'on se faisait dire en revenant, c'est des affaires du genre : "Ça coûte cher ces enfants-là eh?!" "Elle vous a sûrement coûté cher!" Quand elles sont bébés dans leur poussette, ça ne dérangeait pas trop, mais quand elles ont 5-6 ans et qu'elles sont à côté de toi et que les gens nous disent "ça coûte cher ces enfants-là!". En plus, tu te fais poser cette question-là par des gens que tu ne connais pas. Les gens proches de toi, ils ne te posent pas ça cette question-là, c'est les gens de l'extérieur (Mathilde).*

Ainsi, certains couples soulignent que l'adoption est un projet réfléchi qui demande effectivement un certain investissement financier, mais un projet qui demeure un choix et qui, à cet égard, exige également certains renoncements. Il faut aussi mentionner que le contexte a passablement changé : aujourd'hui, les institutions financières acceptent de faire des prêts aux couples adoptifs et le gouvernement rembourse un pourcentage important (50%) des frais inhérents à l'adoption internationale.

Selon les participants, l'association adoption et argent est celle qui est la plus fréquemment soulevée par le grand public; un constat qui peut paraître surprenant considérant la valeur non monnayable de l'enfant dans les sociétés occidentales. Par contre, on peut aussi se demander si ce n'est pas justement le fait de devoir déboursier des montants d'argent pour accéder à un enfant qui frappe l'imaginaire collectif, la population faisant alors abstraction (par méconnaissance ou raccourci) du fait que l'investissement financier intrinsèque à toute adoption internationale est

divisible en divers montants versés de manière graduelle à chacune des démarches administratives connexes au processus d'adoption<sup>18</sup>.

### 6.2.2-b) L'adoption comme geste charitable

Les raisons humanitaires sont pratiquement absentes des motifs liés à l'adoption chez les participants: les couples qui ont fait le choix d'adopter ne l'ont pas fait par charité ou encore par générosité et cela, ils le reconnaissent d'emblée (voir section 6.1.1-a). Par contre, sur le plan social, l'adoption continue d'être perçue comme un geste charitable, comme un "beau geste". Après la question d'argent, c'est le prétendu caractère altruiste de l'adoption qui est le plus souvent soulevé par l'entourage. Une fois de plus, les représentations priorisées par le grand public ne correspondent pas au vécu des parents adoptifs qui tout en mentionnant la redondance de ce type de perceptions (humanitaires), affirment aussitôt ne pas s'y reconnaître:

*Mais la plupart des gens qu'on a vus nous disent: "vous avez fait un beau geste". Nous autres, on ne le voit pas comme un beau geste qu'on a posé, on le voit plus égoïstement comme "on voulait être parents, on voulait avoir un enfant". Beaucoup de gens nous disent: "c'est beau ce que vous avez fait. Félicitations..." (Geneviève)*

*Tout le monde pense qu'on a fait une bonne action. En général, c'est ça. Ce n'est pas des mauvais commentaires. Ils ont l'impression qu'on a sauvé quelqu'un. Quand tu décides d'adopter, tu ne pars pas en te disant: "je vais sauver quelqu'un!" Ce n'est pas la raison première. (Zoé)*

À cet égard, la situation des orphelins sur le plan international frappe l'imaginaire collectif des pays occidentaux, enclins à s'émouvoir non seulement devant la misère de certains pays du Sud, mais particulièrement devant celle des enfants abandonnés et des mères en état de détresse. Selon Briggs (2003), qui s'est attardée à la force de la culture visuelle, la généalogie des images participe à la construction de la distinction dans la collectivité : « *Dans les années 40-50-60, les pratiques visuelles et familiales travaillent de pair pour produire une idéologie du sauvetage dans laquelle les "non-Blancs" sont invariablement sauvés par des Blancs, et ce à l'intérieur comme à l'extérieur des États-Unis* » (Briggs 2003 : 180). À ce titre, il semble légitime de croire

---

<sup>18</sup> À ce titre, mentionnons tout de même que chaque couple adoptant (en adoption internationale) est tenu de verser un don en argent à l'orphelinat. D'un point de vue fonctionnel, ce don doit servir à entretenir l'orphelinat et à subvenir aux besoins des autres enfants. Mais comme il est obligatoire, il évoque inmanquablement la possibilité pour le pays donneur de monnayer l'enfant.

que les images d'enfants en détresse continuellement véhiculées par les médias contribuent à entretenir l'association entre adoption internationale et sauvetage d'enfants:

*Les gens, ils nous félicitent et ils nous disent qu'on a fait une bonne action parce qu'il y a une vingtaine d'années, les petites filles chinoises, ils les tuaient au lieu de les donner en adoption. Comme moi, mes parents ont trouvé que c'était une super belle action. (Sarah)*

*Je pense qu'en général, c'est bien perçu, mais souvent ce qui me fait rire, les gens souvent disent: "vous êtes bons, vous avez sauvé un enfant". Mais tu ne le fais pas pour ça quand tu adoptes un enfant. Oui, à quelque part, tu sauves un enfant entre guillemets, mais tu ne le fais pas pour ça, tu le fais parce que tu veux toi un enfant. Tu ne le fais pas pour sauver un enfant. Mais les gens pensent à ça beaucoup quand ils entendent ton histoire. (Sylvianne)*

Ainsi, l'adoption, malgré les transformations importantes des contextes familiaux dans lesquels elle s'inscrit, continue d'être perçue comme un geste généreux. Pourtant cette représentation de l'adoption ne cadre pas avec les plus récentes transformations relatives à l'enfance et à la famille : non seulement l'enfant est-il de plus en plus considéré à l'intérieur d'une logique où prévaut la valeur du projet parental, mais l'adoption est, elle aussi, envisagée par les couples (particulièrement par les couples infertiles) d'abord comme une façon de faire famille et de connaître la parentalité. Le désir d'aider ou de sauver un enfant de la misère n'est, à toutes fins pratiques, jamais soulevé par les parents pour expliquer ce qui les a menés vers l'adoption. Au final, certains parents reconnaissent que la filiation adoptive peut être bénéfique pour les deux parties (pour les parents adoptifs et pour l'enfant), mais en aucun temps ils n'endossent l'idée d'avoir adopté par compassion :

*Moi je me suis fait dire : "C'est vraiment un beau geste" "Vous êtes vraiment des bonnes personnes"... "des personnes généreuses". Des fois il y en a, c'est : "Ha!, Marilie est chanceuse" oui, mais nous autres aussi on est chanceux. C'est les deux. (Catherine)*

*Quand tu arrives en bout de ligne avec une adoption, les gens voient que c'est cute, mais ils ont oublié ce que tu as vécu avant! Ils te disent: "Ah, tu es dont ben bon!" "Regarde, je me fais plaisir, on s'entend-tu!". Je me fais plaisir. Même si oui, en bout de ligne, tu aides un enfant, il reste que tu te fais plaisir à toi-même! (Danielle)*

Considérant l'évolution du contexte adoptif au Québec, le qualificatif "charitable" attribué à l'adoption peut aussi être expliqué en référence à des facteurs historiques: la multiplication des naissances dites illégitimes entre le début du 20<sup>ième</sup> siècle et la fin des années 1970 a certainement contribué à dévaloriser le statut de ces enfants (qu'on surnommait les "bâtards" ou "les enfants du péché") et, inversement, à valoriser les "courageux" parents qui les ont récupérés à la crèche (Collard 1996). La présence prépondérante de l'Église dans le processus adoptif ainsi que la force

de la religion sur les plans social et moral tout au long de ces décennies ont sans doute contribué au maintien d'une représentation sociale de l'adoption qui favorise l'altruisme et qui suscite l'admiration. D'ailleurs certains participants mentionnent que ce type de commentaire provient souvent des personnes âgées, lesquelles seraient selon eux plus enclines à qualifier l'adoption de "bonne action":

*Moi ce qui me dérange, c'est que souvent les personnes âgées vont dire: "Ah! C'est généreux" ou des trucs comme ça. Moi je dis: "bin non, on voulait fonder une famille", mais eux autres, ils voient le côté... mais je pense que ça va avec leur âge aussi. Eux autres, ils voient ça comme si on avait voulu, non pas fonder une famille, mais faire une bonne action. (Véronique)*

*H: Il y a des petites vieilles, surtout des vieilles madames, les vieilles madames, eux autres là, c'est: "Ah!..." (ton attendri) en voulant dire que tu viens de faire de quoi de bon pour le bon Dieu! Comme si c'était une bonne action.*

*F: Tu vois moi c'est drôle, mais j'ai bien de la misère avec ça.*

*H: Moi aussi j'ai bien de la misère. Je n'ai pas fait ça pour faire une bonne action! (Bernard et Nadine)*

Analysé sous un autre angle, l'aspect généreux attribué à l'adoption peut aussi être considéré comme un manque de reconnaissance ou, du moins, comme une méconnaissance du lien adoptif. En effet, insister sur la dimension humanitaire de l'adoption et la réduire à un acte de charité équivalent en quelque sorte à confiner celle-ci à un processus de sauvetage et, par le fait même, à négliger son équivalence à l'apparemment biologique sur les plans filiatif et parental. Se trouve ainsi nié le désir fondamental des couples adoptifs de créer une famille qui puisse être considérée, en termes de valeur, équivalente à la famille biologique. Dans une étude portant sur l'adoption d'enfants illégitimes au Québec (dans la région de Charlevoix) entre 1940 et 1975, Collard (1996) pose un constat semblable et souligne l'inévitable parallèle entre l'acte charitable et le statut d'étranger: « *les couples stériles étaient stigmatisés; on disait qu'ils n'étaient "bons à rien"*. Toutefois, on félicitait les parents adoptifs en leur disant "*vous faites une belle charité*" niant par là même l'existence d'un lien de parenté entre eux et leurs enfants, car la charité ne concerne que les étrangers » (1996 : 58). En évoquant le geste de charité, l'entourage dépouille en quelque sorte les parents adoptifs de leur plein rôle parental qui dans ses fondements mêmes, ne prend pas assise sur la charité ou sur un quelconque engagement humanitaire :

*Les gens qui te disent: "Vous avez donc bien fait un beau geste, vous l'avez sauvée!", ça répond quand même à la question que, non, ce n'est pas encore bien compris l'adoption. On n'a pas sauvé personne! Si on a sauvé quelqu'un, c'est pas mal nous autres ici présents, c'est nous autres les égoïstes. Elle (rèfère à sa fille), elle n'était pas mal prise... en tous cas, de ce que nous avons eu comme information. Je suis consciente qu'elle va peut-être avoir de belles*

*possibilités d'avenir ici qu'elle n'aurait pas eu là-bas. J'en suis consciente, mais je n'ai pas sauvé personne! Au fond de moi-même, je n'ai pas sauvé personne. (Laurence)*

Il est possible également que le fait de considérer l'adoption comme un geste généreux et les parents comme des êtres courageux soit lié à l'idée que les adoptants doivent déployer des efforts supplémentaires pour aimer un enfant avec lequel ils n'ont aucun lien biologique: « *À tout le monde à qui j'en parle, c'est: 'mon Dieu, c'est beau, on ne savait même pas que ça pouvait se faire au Québec'* ». *Je pense que c'est bien perçu. Oui c'est un beau geste, c'est un très beau geste je pense d'aider un enfant. Et en plus, ça fait quasiment plus partie du don de soi; ce n'est pas ton sang. C'est comme si les gens pensent qu'on doit donner plus vu que ce n'est pas le nôtre* » (Lionel). Contrairement à tous les autres parents, Lionel adhère à l'idée que l'adoption est un « beau geste », une différence qui s'explique en partie par le fait que lui et sa conjointe ont traversé à deux reprises le long processus de la Banque mixte, un cheminement exigeant et complexe qui laisse plus facilement place à une interprétation de l'adoption en termes de don de soi et d'entraide. Sans nécessairement insister sur le caractère charitable ou altruiste de l'adoption, l'approche privilégiée par la protection de la jeunesse au Québec (une approche axée sur l'intérêt de l'enfant) favorise certainement l'idée que l'adoption est un beau geste. Les cadres idéologiques, et plus particulièrement les pratiques, qui caractérisent, d'une part, l'adoption internationale (voyage à l'étranger souvent de courte durée, contacts restreints avec les responsables du pays étranger, rupture quasi totale avec la famille biologique) et, d'autre part, l'adoption locale (contacts fréquents avec les professionnels du DPJ, présence et parfois contacts avec les parents biologiques, longueur du processus) sont distincts et le fait que Lionel, parent adoptif en Banque mixte, soit le seul à mentionner la dimension plus altruiste de l'adoption est certainement significatif de cette réalité. Cela montre également l'existence d'un certain décalage en adoption internationale entre la logique institutionnelle qui régit l'ensemble du dispositif de l'adoption (et qui fait de l'intérêt de l'enfant son principe directeur) et la logique des adoptants pour qui le projet parental et la construction familiale constituent les motivations dominantes (Ouellette 1996).

Dans l'ensemble, la position des parents sur le sujet est donc unanime : l'adoption n'est pas un geste de charité. Elle est d'abord et avant tout motivée par des facteurs personnels relatifs au désir

de fonder une famille. Des facteurs que les parents eux-mêmes n'hésitent pas à qualifier d'égoïstes :

*Souvent les gens disent: ‘c'est un beau geste que vous avez fait en allant chercher ces enfants-là’, même si c'est le geste le plus égoïste qu'on ait posé de notre vie! Mais c'est vrai! C'est un choix qu'on a fait. Je pense que c'est bien vu. (Jérôme)*

*Il y a des gens qui nous disent: ‘Ah c'est un beau geste que vous avez fait’. Ce n'est pas vrai là, c'est égoïste, c'est pour combler notre besoin. Ce n'est pas du tout dans le sens de faire un beau geste, c'est pour avoir des enfants (Pier-Louis)*

*Il y en a beaucoup qui disent que nous allons sauver des enfants. Ce n'est pas vrai, parce que dans le fond, nous allons les chercher pour nous! (France)*

*F: Moi j'ai l'impression que le monde nous prend pour des... il y a beaucoup de gens qui nous donneraient des médailles je pense.*

*H: Pour eux, on a plus sauvé quelqu'un de la misère du monde que...*

*F: Égoïstement, on voulait un enfant, c'est ça l'histoire. C'est ça qu'ils ne comprennent pas. C'est nous qui voulions un enfant, mais je pense que pour certaines personnes ce n'est tellement pas concevable de faire ça, qu'eux autres, ils se disent: ‘wow’! (Pascal et Félicia)*

Enfin, les perceptions relatives à l'adoption qui, aux yeux des adoptants, dominent le champ social sont en totale contradiction avec leur vision ou leur expérience en tant que parents adoptifs. Le fait que l'adoption soit spontanément associée à l'argent et le fait également qu'elle soit considérée comme un ‘beau geste’ sont les deux dimensions qui, selon eux, dominent les représentations collectives. Or, dans un cas comme dans l'autre, les parents, même s'ils confirment l'existence socialement partagée de ces perceptions, les rejettent de façon quasi unanime. Ce constat, d'un premier abord, pourrait laisser croire qu'ils se sentent passablement incompris de l'entourage et du milieu social dans lesquels ils vivent. Or, ce n'est pas nécessairement le cas, puisque de manière générale (nous y reviendrons au point 6.2.3), les parents adoptifs vivent peu de sentiments négatifs ou de déceptions sur le plan social en ce qui a trait à leur situation de famille adoptive.

### **6.2.2-c) L'adoption : un terrain connu**

L'adoption internationale a connu, au cours des vingt dernières années, un essor marqué au Québec : si le nombre d'adoptions est demeuré très bas jusqu'au début des années 1990, il a ensuite augmenté de manière significative entre les années 1990 et 2003, années au cours desquelles le nombre annuel moyen d'adoptions internationales se situait autour de 800. Malgré

une récente tendance à la diminution (le nombre d'adoptions internationales est passé de plus de 900 en 2003 à environ 400 en 2008), l'adoption internationale a tout de même contribué à la redéfinition des représentations sociales de l'adoption. La visibilité qu'impliquent la plupart des adoptions internationales, c'est-à-dire la mise en évidence de l'absence de liens biologiques entre l'enfant et ses parents adoptifs, a eu pour effet de transformer les manières d'aborder l'adoption en général. Sur la question, les parents sont unanimes: le développement de l'adoption internationale a radicalement transformé les perceptions reliées à l'adoption:

*J'imagine que les premiers qui ont adopté en Chine doivent avoir été plus pointés du doigt qu'aujourd'hui. Aujourd'hui, la "trail" est tapée; le monde est au courant et il ne pose pas de question et il ne passe pas des commentaires qu'il passait il y a peut-être 10-15 ans. (Francis)*

*Je pense que c'est beaucoup mieux perçu que ça ne l'était. Quand on entendait parler de ça quand on était plus jeune, c'était souvent des enfants adoptés au Québec et c'était beaucoup des préjugés sur les filles-mères. Maintenant les gens voient que c'est un choix. (Jérôme)*

*En général, je te dirais que l'adoption est acceptée. Ça a changé! Je te dirais que je vois même une différence entre l'adoption de Vincent et celle de Samuel (10 ans d'écart entre les deux adoptions). En même temps que Samuel (aujourd'hui âgé de 5 ans), il y en avait plein des adoptions! C'est sûr qu'à Vincent, c'était peut-être différent. (Danielle)*

En rendant l'adoption visible (et évidente par la différence des traits physiques), l'adoption internationale a certes contribué à démystifier l'adoption et à la sortir de la logique du secret et de l'anonymat dans laquelle elle reposait depuis plusieurs décennies. Mais d'autres phénomènes connexes comme les flux migratoires et la multiplication des déplacements internationaux (voyages touristiques, séjours professionnels, stages étudiants) ont eux aussi contribué à l'ouverture d'esprit et, parallèlement, à une acceptation croissante de la famille adoptive : « *C'est sûr que les premières adoptions internationales, ça devait être plus difficile que maintenant. Je pense que le monde est plus habitué à la différence aujourd'hui. Avec les échanges internationaux, avec Internet, le fait aussi que tu peux aller partout, il y a beaucoup de monde qui voyage comparativement à quand moi j'étais petite. Je pense que c'est plus facile maintenant. Il y a aussi plus d'immigrants, c'est plus connu que dans le temps* » (Elisabeth). L'intervention des médias est aussi soulevée pour expliquer les changements de mentalité en cours vis-à-vis de l'adoption. Dans les dernières années, plusieurs reportages ou interviews ont traité, sous différents angles, de l'adoption. De plus, le courant actuel qui présente l'adoption comme une

tendance “de l’heure” est relevé par quelques participants qui y voient une façon supplémentaire de normaliser le phénomène:

*Il y a aussi beaucoup de couples qui adoptent à la TV, des couples connus. Le fait, justement qu’il y ait des gens du public à qui ça arrive, ça fait que ça en parle plus. On en connaît beaucoup maintenant des couples célèbres qui ont adopté. On dirait que les préjugés se tassent. (Paul).*

H : *Je pense que la société est plus ouverte là-dessus (sur l’adoption). Il y en a de plus en plus (des adoptions) et il y a eu beaucoup de documentaires. Les gens sont moins naïfs, sont plus instruits. Ce n’est pas comme les vieilles tantes, les vieux oncles qui...qui ne voient rien et qui sont bornés un peu là.*

F: *On en entend parler dans les médias de plus en plus, des personnalités qui adoptent.*

H: *Ça fait que les gens sont plus informés. Il y en a encore qui ne sont pas informés beaucoup, mais avec le temps... (Pier-Louis et Cassandra)*

Plusieurs tendances expliquent le regard différent que posent les gens aujourd’hui sur l’adoption : l’information plus abondante, l’ouverture sur le monde et l’acceptation plus généralisée de la différence sont des éléments qui, combinés les uns aux autres, ont une répercussion sur la façon de définir et d’entrevoir l’adoption dans le grand public. L’adoption en elle-même, comme le soulignent Félicia et Sylvianne, est devenue une problématique étudiée, analysée, qui fait l’objet de production d’un savoir spécifique auquel ont d’ailleurs recours de plus en plus de parents adoptifs ou en voie de l’être:

*Les gens et la population en général sont sûrement plus ouverts à l’adoption qu’ils ne l’étaient il y a 20 ans. Je parlais avec une personne qui a adopté trois enfants il y a beaucoup plus longtemps que nous, et maintenant on a de l’information plus facilement, toutes sortes de livres, de trucs que tu trouves sur Internet. Je pense que maintenant c’est plus facile; avec les années, c’est devenu plus accessible, c’est moins fermé, moins marginal (Sylvianne).*

*Je pense que les gens sont beaucoup plus éduqués; on lit plus, il y a plus d’ouvrages sur comment bien intégrer un enfant adopté dans une famille. Toutes les lectures qu’on a faites, les conférences auxquelles on a assisté: ma grand-mère, elle n’a pas faite ça du tout (la mère de Félicia est adoptée)! Elle s’est levée un matin, elle a pris le taxi et elle est allée chercher un bébé à la crèche et elle est repartie avec; c’est de même que ça s’est passé! (Félicia)*

S’il est vrai que la différence (au sens large) peut faire l’objet de rejet ou de suspicion, elle fait aussi l’objet de questionnements et d’intérêt. Les parents sont nombreux à relever l’engouement que leur projet d’adoption a suscité dans leur entourage: « *Les mœurs changent. Comme nous autres à l’école, ici au village, ils sont déjà au courant qu’on s’en vient avec deux. Ils ont demandé d’avoir les photos des enfants avant qu’on parte et aussi qu’on aille leur apprendre des mots en espagnol. Je ne suis pas sûre qu’avant, ç’aurait été la même affaire. Les profs à l’école ont hâte et je trouve ça l’fun. Je n’aurais jamais pensé à aller moi-même vers eux autres, mais on*



*voit qu'il y a une ouverture* » (Jeanne). Ainsi, selon les parents, différents facteurs sont intervenus au cours des dernières années en faveur de l'adoption et ont contribué à en faire un sujet plus ouvert et une forme familiale plus reconnue. En ce sens, quelques parents mentionnent que l'adoption constitue aujourd'hui une réalité vécue par plusieurs familles et que nombreuses sont les personnes qui sont en contact de près ou de loin avec l'adoption:

*Maintenant, c'est rare qu'il y a quelqu'un qui ne connaît pas quelqu'un qui a adopté! Nous en sommes rendus là tellement qu'il y en a* (des adoptions)! (France)

*Mais il y en a de plus en plus d'enfants chinois alors je pense que c'est une réalité qui se répand et les gens deviennent de plus en plus habitués* (Geneviève).

Q: Comment vous diriez que l'adoption est perçue dans la société en général?

F: *De mieux en mieux, je pense. Parce qu'il y en a de plus en plus.*

H: *Je n'ai pas senti qu'il y avait un problème, une résistance ou une réticence avec ceux de notre entourage. Les gens en ont dans leur entourage. On n'est pas les premiers qui arrivent avec l'adoption. Tout le monde a quelqu'un quelque part ou qu'ils connaissent... On ne sort pas de nulle part.* (Marc-André et Edith)

De manière générale, l'adoption est donc considérée comme une filiation largement connue et reconnue. Même avant l'apparition du phénomène de l'adoption internationale, l'adoption au Québec touchait déjà plusieurs milliers de personnes, la plupart des adoptés de l'époque ayant été cédés en adoption à leur naissance par leur mère biologique sous la pression de l'Église et plus globalement des normes morales et religieuses en vigueur. Ainsi, les changements intervenus au cours des 15 à 20 dernières années ne se traduisent pas tant par une prise de conscience de l'existence de l'adoption que par une redéfinition des cadres sociaux dans lesquels elle intervient; le silence qui pesait sur le triangle adoptif au temps des crèches (et qui, pendant plusieurs décennies, a fortement influencé les perceptions collectives à l'égard de l'adoption) a cédé sa place à de nouvelles conceptions de l'adoption. Avec l'apparition de l'adoption internationale, non seulement l'adoption devenait-elle plus visible, mais elle faisait aussi tomber plusieurs tabous persistants relativement au statut et aux origines de l'enfant adopté. Par contre, les premières adoptions internationales (à la fin des années 80 et au début des années 90) se butaient à un nouveau défi : les préjugés raciaux et la reconnaissance du lien parental inter-racial : « *Je pense qu'il y avait quand même des préjugés au départ. Il ne faut pas se le cacher. Avec l'adoption internationale, c'est clair que tu allais chercher quelqu'un qui était différent de toi et je pense qu'il y avait des réticences un peu au départ* » (Dominic). Et ce défi, comme nous le verrons dans la prochaine section, est loin d'être complètement relevé, plusieurs parents affirmant

que les préjugés raciaux (qu'ils soient positifs ou négatifs) persistent et constituent sans doute le principal défi lié à l'adoption internationale.

#### **6.2.2-d) L'adoption internationale : négocier la différence visible**

Comme la grande majorité des participants ont préféré l'adoption internationale à l'adoption locale, les questions raciales et ethniques occupent une place de premier ordre dans les discours relatifs à la dimension sociale de l'adoption. Au total, les 27 couples interrogés cumulent 42 adoptions. Mis à part cinq adoptions réalisées dans le cadre du programme de la Banque mixte, donc au Québec, les pays d'adoption concernés dans la présente recherche sont la Chine (n=26), la Colombie (n=4), la Thaïlande (n=2), le Kazakhstan (n=2), le Viêt-Nam (n=1), le Népal (n=1) et les Philippines (n=1). Les pays d'origine des enfants ont une importance centrale lorsqu'il est question de différenciation ethnique et raciale et des perceptions reliées à l'adoption. En effet, les parents adoptifs sont nombreux à mentionner que les différences physiques qu'implique la plupart des adoptions internationales continuent de soulever diverses réactions et commentaires au sein du grand public. À ce titre, mentionnons que les endroits publics les plus souvent mentionnés par les participants sont les épiceries et les centres commerciaux.

Les réactions sociales face à la différence ethnique sont variées : dans certains cas, elles frôlent le racisme et l'intolérance alors que dans d'autres cas, elles insistent sur la dimension exotique et sur la "beauté" associées à la différence, une attitude particulièrement visible dans les cas d'enfants originaires de Chine :

*H: C'est plus souvent dans les centres d'achats : on voit qui a du monde qui la regarde, qui la trouve belle. Tu vois d'autres regards eh... souvent c'est plus des personnes âgées, dans leur tête, je le sens la phrase qui doivent se dire: "un autre Chinois" ou quelque chose de même. Je le vois dans leur figure.*

*F: Il y en a que ça paraît et ils nous le font sentir par leur regard. Un genre de dédain. Mais il y a beaucoup plus de gens qui nous félicitent que des gens qui nous regardent de travers (Sarah et Francis- parents d'une fillette de 3 ans d'origine chinoise).*

*La seule affaire qui devient tannante, c'est quand nous allons quelque part, à l'épicerie ou ailleurs et que les gens nous disent: "Elles sont dont ben belles!". Mais c'est un enfant comme les autres. Les autres aussi leurs enfants sont beaux, mais eux-autres ne se le font pas dire. Parce qu'elles sont différentes (d'origine chinoise), les gens ne sont pas habitués alors ils disent qu'elles sont belles. Ça c'est tannant! (Alain- père de deux fillettes d'origine chinoise âgées de 4 et 7 ans)*

À l’instar d’autres parents, Alain se questionne sur l’attirance manifestée par la population à l’égard de ses filles et hésite à l’entrevoir positivement dans la mesure où elle marque tout de même la différence : même s’il s’agit de regards positifs (qui ici font référence à la beauté de ses filles), il n’en demeure pas moins que cette attirance spontanée peut devenir lassante tant pour les parents que pour l’enfant, d’autant plus que les parents adoptifs (voir Kevin ci-dessous) sont bien conscients que cette insistance sur la différence physique est attribuable à leur statut de famille adoptive puisque les parents ayant des enfants biologiques ne sont pas confrontés à ce genre de remarques :

*On est perçus parfois différemment parce que si j’avais eu un enfant biologique, peut-être que les étrangers s’approcheraient de nous pour nous dire: ‘‘Ah, elle est tellement cute! Elle a tellement des beaux yeux’’. Par contre, je pense qu’on se fait plus accrocher par des étrangers quand on a un enfant adopté. On se fait passer beaucoup, beaucoup de commentaires. Je te dirais qu’à chaque fois que nous allons au centre d’achat, il y a toujours quelqu’un qui nous fait un commentaire. C’est pour cela que je te dis que nous attirons plus l’attention, car nous avons deux petites chinoises plutôt que d’avoir deux enfants biologiques. (Kevin- père de deux fillettes d’origine chinoise âgées de 4 et 9 ans)*

Dans l’ensemble, les parents ont depuis longtemps intégré et accepté cette différence physique qui les distingue de leurs enfants et ne sont pas affectés outre mesure par le regard des gens. Non seulement la plupart s’entendent-ils pour dire que l’adoption est généralement bien acceptée au sein de la population, mais ils adhèrent à l’unanimité à l’idée qu’il est nécessaire d’apprivoiser cette différence physique puisque celle-ci est intrinsèque à l’adoption internationale et constitue une des premières étapes que les parents doivent franchir pour être sereins avec leur décision : « *Socialement, l’adoption, ça ne deviendra jamais ‘‘normal’’... une adoption, c’est sûr que ça ne deviendra jamais ‘‘normal’’’. C’est autre chose, il va toujours en avoir des différences et il faut que tu passes par-dessus ça. Quand tu es rendu là, à l’adoption et que tu as fait ce choix-là, tu as dépassé tout cela. Parce que toi, comme parent, s’il faut que ça t’affecte, tu es mal parti!* » (Odile).

Comme la majorité des couples ont adopté des enfants d’origine asiatique et qu’aucun n’a adopté d’enfant à la peau noire, leurs perceptions des préjugés relatifs à la différence sont nécessairement teintées de cette réalité. Par exemple, les parents sont nombreux à mentionner que si la société fait preuve d’une ouverture et d’une tolérance grandissantes face à la différence

ethnique, elle arrive encore bien mal à s'accommoder, même en regard de l'adoption, des populations noires :

*Les petites Chinoises versus les Noirs, elles ont la cote. Les petites Chinoises, elles sont intelligentes, on les aime, on les voit dans les télééries. Tu vois une patineuse, elle est chinoise, tu vois une pianiste, elle est chinoise... le monde les considère plus intelligentes, plus brillantes. Le Noir, et ça ce n'est pas un côté raciste, c'est une observation, le Noir, on pense aux gangs de rue, aux ghettos. Il y a un préjugé positif envers les Chinoises, comparativement à un préjugé négatif envers les Noirs et envers les Hispaniques même à la limite. (Francis)*

*Les Asiatiques au Québec ne sont pas trop victimes de racisme. Si nous avons été chercher un Haïtien ou un Rwandais, bref un enfant à la peau noire, peut-être qu'il aurait pu y avoir du racisme. Mais ici, au Québec, les Asiatiques... (France)*

*Mais il y a le fait aussi que c'est des Asiatiques; je crois que les enfants qui sont noirs, c'est plus difficile un peu, et surtout si c'est des garçons. (Bernard)*

*Moi, je te dirais que ça a changé beaucoup en mieux. Du côté des enfants Asiatiques c'est beaucoup mieux perçu et c'est une des raisons pour lesquelles nous sommes allés adopter en Asie. Des enfants d'Haïti, d'après moi, ça doit être encore plus difficile. Du côté de l'Asie, les gens en général les trouvent "cutes". À ce moment-là, en étant "cutes", les gens les acceptent peut-être plus facilement. (Danielle)*

Les points de vue émis par les parents relativement aux perceptions raciales s'inscrivent dans un contexte qui mérite quelques précisions: la plupart des parents, selon les explications qu'ils fournissent, ne voyaient pas de problème sur le plan familial et personnel à adopter un enfant de peau noire, mais s'inquiétaient surtout du fait que cet enfant doive vivre dans un environnement majoritairement blanc et parfois hostile à l'arrivée d'individus à la peau noire. Là encore, il faut mentionner que les entrevues ont été réalisées dans les régions de Québec et de la Mauricie et que les lieux de résidence sont variables: 5 couples habitaient dans des villages de moins de 5000 habitants, 5 autres couples dans des villes comptant entre 5000 et 12000 habitants alors que 17 couples habitaient dans les villes même de Québec ou de Trois-Rivières. Le lieu de résidence des participants a une incidence évidente sur leur expérience de la différence et aussi sur leur façon de définir et d'analyser les perceptions de la société à l'égard de l'adoption. Par exemple, le point de vue (ci-dessous) d'Elisabeth sur le racisme et l'intolérance est en partie influencé par son lieu de résidence (petite ville de près de 5000 habitants dans la région de la Mauricie) et par l'environnement social qui lui est rattaché :

*Je pense que le monde, ça reste quand même qu'il n'aime pas la différence et le plus grand défi pour nous, ça va être qu'il fasse face au racisme. C'est plate à dire, mais je ne pensais pas qu'en 2008 il pouvait y en avoir autant! Il y en a encore, alors ça va être de lui donner des arguments, de lui montrer comment réagir et comment vivre avec le racisme, parce qu'il*

*va avoir à y faire face toute sa vie. Je pense que mon plus grand défi c'est vraiment d'essayer qu'il soit bien malgré sa différence, qu'il ne la sente pas trop et qu'il développe des arguments.* (Elisabeth - mère d'un garçon d'origine thaïlandaise âgé de 3 ans)

Le spectre des préjugés ethniques et raciaux est donc passablement variable selon le lieu de résidence et selon le pays d'origine de l'enfant; si certains parents (comme ceux qui vivent dans la ville de Québec) font peu référence à l'aspect racial et aux éventuelles difficultés que cette réalité peut susciter sur le plan de l'intégration sociale, d'autres parents, à l'inverse, affirment que cet aspect constitue le principal défi à relever lorsqu'on adopte à l'étranger. Même si elle fait l'objet d'une acceptation grandissante au sein de la société, l'adoption continue tout de même, dans bien des cas, de susciter la curiosité et d'attirer l'attention. Mais selon les parents adoptifs, cet intérêt généralement manifesté à l'égard de l'adoption est principalement attribuable au fait qu'elle met en scène des parents et des enfants d'origine ethnique différente, d'où son caractère singulier. Chose certaine, la situation des familles adoptives suscite un intérêt particulier de la part des gens, alors plus enclins à questionner les parents adoptifs:

*H: Avec les années, ça nous dérange moins et on sait de plus en plus quoi répondre de façon humoristique. Moi c'est ça que je fais: "C'est votre fille?" "oui, ouin on n'a pas les mêmes cheveux!" "ouin, mais elle est d'origine chinoise?" "Ah oui oui, c'est ça que vous vouliez dire". Je vais répondre des choses de même.*

*F: Souvent les gens vont nous aborder quand on fait des commissions, quand on va au restaurant; ils nous disent qu'ils connaissent quelqu'un qui a adopté, ils nous demandent combien de temps on a attendu. Des fois, il y a des questions plus désagréables, mais c'est sûr qu'en général on se fait beaucoup plus parler (Véronique et Martin).*

*Ça arrive souvent que c'est des grands-parents qui viennent nous dire: "Nos enfants sont en processus d'adoption et ils sont en attente!". Ils nous demandent souvent de quel coin elles viennent ou à quel âge nous les avons eues. Tu vois qu'ils ont un minimum d'éducation et que ce n'est pas des gens qui arrivent d'une autre planète et qui ne connaissent absolument rien (Dominic).*

Ainsi, selon les participants, le caractère "différent" attribué à l'adoption ainsi que l'intérêt et les réactions spontanées qu'elle suscite auprès du grand public relèvent davantage de la différence physique sous-jacente à toute adoption internationale (ou presque) que du lien d'adoption et du type de filiation qu'elle met en jeu.

\*\*\*

Certes, les perceptions qui relient spontanément l'adoption à son coût financier, à un geste de charité ou encore à la différence physique ne sont pas positives en soi, mais elles ne reflètent pas non plus une attitude négative de la population vis-à-vis de l'adoption. Même si certains préjugés persistent à son égard (comme en font mention plusieurs parents), l'adoption semble assez bien acceptée par l'ensemble de la population (Miall et March 2002, 2006); elle fait partie des différents modèles familiaux qui caractérisent la société québécoise et contemporaine. En ce sens, on demeure assez loin des positions maintenues par Wegar (2000) qui affirmait que les familles adoptives, à l'heure de la valorisation de la "famille génétique et moléculaire" (2000 : 363), étaient l'objet de stigmatisation et d'"attitudes culturelles négatives" (2000 : 368). S'il est vrai que la fascination pour les nouvelles génétiques s'est accentuée et qu'elle exerce une certaine pression sur les définitions des liens d'apparentement, il semble que la force de l'électivité et l'idéal de la famille relationnelle interviennent quant à eux en faveur des familles adoptives dont le lien filiatif apparaît pleinement choisi.

Par contre, comme nous le verrons dans la section suivante, il semble que l'environnement élargi, contrairement à la famille proche, reconnaisse plus difficilement le lien parental entre l'enfant adopté et ses parents adoptifs et tarde à établir une équité entre le lien parental basé sur des facteurs biologiques et celui basé sur l'adoption.

### 6.2.3 La reconnaissance sociale de la légitimité du lien adoptif

La reconnaissance de la légitimité du lien d'adoption se présente de manière beaucoup plus subtile et aussi de façon plus complexe que son acceptation générale en tant que forme familiale. À partir de commentaires reçus ou d'attitudes particulières manifestées par l'entourage, les parents adoptifs mesurent le niveau de reconnaissance du lien filiatif qui les unit à leur enfant. À plusieurs égards, les parents sont déchirés sur cette question puisqu'ils situent la reconnaissance du lien filiatif sur deux niveaux ambivalents. D'un côté, ils affirment presque unanimement se sentir reconnus à part entière dans leur rôle de parent par leurs familles proches et leurs amis proches. De l'autre, ils constatent à l'occasion un manque de reconnaissance de la part de connaissances ou d'amis plus lointains. Mais ce manque de reconnaissance noté par les participants se présente la plupart du temps de façon subtile à travers certains commentaires ou certaines réactions qui laissent alors deviner une dévaluation du lien filiatif par adoption.

#### 6.2.3-a) Un manque de reconnaissance qui fait dans la subtilité

Comme discuté précédemment dans la section 6.2.1-a (qui portait sur la valeur des liens de sang comme gage d'amour inconditionnel), le partage de connexions biogénétiques entre un enfant et ses parents continue dans bien des cas d'être perçu comme une assurance que le parent aimera son enfant et vice-versa. De cette situation découle inévitablement une certaine dévalorisation du lien adoptif que plusieurs parents traduisent comme un manque de reconnaissance. Les propos de Josée reflètent bien ce sentiment:

*J'ai eu beaucoup de remarques de gens qui disent : "Ah! mais ça ne doit pas être pareil, tu ne dois pas les aimer de la même façon". Ça, je le sais, il y a beaucoup de gens qui m'ont dit: "moi je n'aurais pas été capable d'adopter parce que j'aurais eu l'impression de ne pas l'aimer autant". Il y a des préjugés par rapport à l'amour qu'on peut leur porter. Ça, j'en entends encore, mais je me dis que c'est du monde ignorant. On ne dit pas ça à quelqu'un: "Ah, je suis sûre que tu ne les aimes pas autant". C'est vraiment un jugement sur ma capacité d'amour. J'ai dit: "Regarde, il n'y a personne qui peut juger de la capacité d'amour". Moi je les ai vus les parents naturels et ils en avaient peut-être bien moins d'amour que moi j'en avais. (Josée)*

Le témoignage d'Elisabeth est très représentatif de cette idée largement partagée au sein de la société, selon laquelle le lien adoptif est un lien construit dont la valeur n'égale pas celle du lien biologique. Une logique qui conduit à des commentaires qui, selon Elisabeth, ne seraient tout simplement pas émis s'il s'agissait d'un enfant biologique:

*Moi, je ne le sens pas que je ne l'ai pas eu naturellement, mais souvent, dans n'importe quel contexte, les amis, les couples d'amis... la grosse différence c'est que tout le monde te le dit que tu es différent! On a un couple d'ami; l'autre jour Arno est venu en courant me faire un câlin et ensuite il est reparti et la personne m'a dit: "Il t'aime en maudit, ce n'est pas parce qu'il ...". C'est tout le temps de faire remarquer la différence; ça ne peut pas être juste un enfant normal qui aime sa mère. Non, c'est "il s'est adapté comme il le faut, il n'a pas de problème d'adaptation". Même si j'avais adopté un enfant sans différence physique, admettons un enfant du Québec, c'est sûr que les étrangers ne s'en rendraient pas compte, mais les amis stables, je suis sûre que j'aurais les mêmes commentaires: "il s'est bien adapté, il a l'air de t'aimer beaucoup". Pourquoi il ne m'aimerait pas? Je suis sa mère! Est-ce que tu dis ça à l'autre qui a un enfant biologique?: "Il a l'air de t'aimer!". Ton enfant te fait un câlin: "Ha! Il a l'air de t'aimer!" "J'espère! Pourquoi il ne m'aimerait pas?". C'est ça que je veux dire, c'est vraiment les autres qui te la font sentir la différence. Eux autres ils ne l'oublient pas, mais nous autres, parce que l'on vit avec, on oublie. Mais eux autres, ils n'oublient pas. Ce n'est pas tout le temps méchant: des fois, je suis sûre qu'ils ne s'en rendent même pas compte. (Elisabeth)*

Dans ce cas-ci, en spécifiant que le lien qui l'unit à son enfant ferait l'objet des mêmes suspicions si elle avait adopté au Québec (plutôt qu'en Thaïlande), Elisabeth montre bien que ce type de préjugé à l'égard de l'adoption va largement au-delà de la différence ethnique et raciale (qu'implique la plupart des adoptions internationales) et concerne la filiation adoptive dans ses fondements. De plus, à l'instar de plusieurs participants, Elisabeth rappelle que la "différence" de la famille adoptive (sur le plan physique ou en ce qui concerne le type de filiation), n'est pas tant ressentie à l'intérieur même de la cellule familiale, mais qu'elle est plutôt rappelée par l'environnement extérieur qui lui, peine à dépasser cette réalité et à traiter de façon totalement équivalente la filiation adoptive et biologique:

*Dans notre tête, il n'y en a pas de problème. C'est dans la tête des autres... Mais je ne m'en rendais pas compte (que les gens faisaient une différence) jusqu'à temps que les filles arrivent avec ça (une de ses filles s'était fait dire à l'école que Bernard n'était pas leur vrai père). Parce qu'avec ce que les enfants disent à l'école... c'est ce qu'ils entendent à la maison. Mais moi je ne voyais pas la différence, je ne vois plus la différence. Mes filles, je les vois à tous les jours: elles ont les yeux bridés, mais je n'en fais plus de cas. Mais, autour sûrement. Ça doit se parler dans les maisons et à cause de ça, on n'est pas considérés comme les vrais parents, on n'a pas le même statut probablement. (Bernard)*

F : *Il y a des gens pour qui ce ne sont pas nos vrais enfants.*

H: *Il y a des gens qui ont de la misère à... ce n'est pas qu'ils ont de la misère, c'est qu'ils ne sont pas à l'aise avec ça. C'est surtout dans la famille, les tantes et les oncles d'une autre époque, eux autres on voit que eh... Pour eux autres, ce sont des enfants adoptés, ce ne sont pas tes enfants, c'est des enfants adoptés. On le sent un peu chez certaines personnes. Il y en a que ça n'a aucune importance à leurs yeux, mais il y en a d'autres qu'on le voit, qu'on le sent un peu.*

F: *Il y a comme l'espèce de commentaire qu'on nous a sorti: "ah que ça coûte cher les enfants; acheter les espadrilles et tout le reste. Imagine vous autres, ce n'est même pas vos enfants!" Fait qu'on voit par ces commentaires-là que les gens...*



H: *Ce n'était pas méchant, parce que la personne, on la connaît et on sait qu'elle n'a pas un haut niveau d'instruction. On sait ce qu'elle veut dire, mais disons que sa phrase n'a pas bien tournée.*

F: *Mais ça veut quand même dire que si on avait un autre enfant biologique, pour les gens il serait plus... il serait plus vrai.* (Pier-Louis et Cassandra)

À maints égards, les parents n'échappent pas à la distinction entre le lien biologique et le lien adoptif dans la mesure où cette référence est omniprésente et continuellement mise de l'avant par l'entourage pour situer la famille adoptive. À son tour, la famille adoptive réutilise ces mêmes paramètres pour défendre sa position et poser une équivalence entre la filiation adoptive et biologique. Par exemple, Geneviève revient sur les commentaires qui font référence à la beauté (ou à la laideur) de l'enfant et conteste l'idée trop souvent soulevée selon laquelle le parent qui adopte (contrairement au parent biologique) doit négocier avec la possibilité que l'enfant soit "laid". Ayant elle-même reçu la remarque selon laquelle elle était chanceuse que ses petites filles soient belles parce que "*ce ne sont pas toutes les Chinoises qui sont belles*", elle soutient que ce type de réflexion vise strictement les parents adoptifs et qu'en ce sens, il accentue leur différence et met en évidence un certain manque de reconnaissance de la filiation adoptive de la part d'une partie de la société: « *Quand ma sœur va se promener au magasin avec son gars (biologique), elle va peut-être se faire dire qu'il est mignon, mais elle ne se fera pas dire: "tu es chanceuse quand même qu'il soit beau". Voyons!, il y a plein de petits Québécois qui ne sont pas beaux et les parents n'en font pas de cas* » (Geneviève). Ainsi, reconnaître la pleine légitimité du lien adoptif devrait se traduire par une mise en équivalence des liens adoptifs et des liens biologiques. La même observation est soulevée par Laurence qui à son tour associe ce type de commentaire à un manque de reconnaissance du lien d'adoption. Ainsi, la question de l'aspect physique et esthétique de l'enfant situe le lien adoptif dans une zone de conditionnalité alors que le lien parental doit communément reposer sur l'amour inconditionnel :

*Quand tu te fais poser la question tout de suite en partant: "Es-tu sûre que tu vas la trouver belle, si tu la trouve laide, qu'est-ce que tu vas faire?". "Ben voyons, toi si t'accouches et que tu ne le trouves pas beau ton bébé, tu vas faire quoi? Qu'est-ce que tu vas faire avec?" Quand c'est ça la préoccupation du monde, c'est certain qu'ils ont un doute sur le lien que tu peux avoir avec!* (Laurence).

À l'instar de Pier-Louis (plus haut) qui précise que les commentaires jugés inappropriés sont souvent le résultat d'un manque d'éducation, plusieurs autres participants mentionnent que les réflexions déplacées et le manque de reconnaissance sociale du lien d'adoption relèvent plus

souvent de l'ignorance que de la méchanceté, les gens ne connaissant tout simplement pas autre chose comme lien d'apparentement que les liens biologiques. Pourtant, mis à part une seule personne (voir Paul ci-dessous), les participants font peu mention (par oubli ou pudeur) des idées et des préjugés qu'eux-mêmes entretenaient à l'égard de l'adoption avant d'être à leur tour impliqués dans ce processus :

F: *Non je ne pense pas moi que le lien adoptif soit autant reconnu que si c'était un enfant biologique.*

H: *Non parce qu'il y en a du monde qui sont ignorants.*

F: *Si tu prends la partie de la population qui est ignorante, c'est sûr que non.*

H: *Mais l'ignorance, c'est juste qu'ils ne sont pas éduqués, ils ne savent pas là (Véronique et Martin).*

*Je me souviens quand je suis arrivé dans sa famille (à sa conjointe), elle a un cousin qui est adopté. Et je sais que quand je suis arrivé la première fois, ça fait 15 ans, ça fait longtemps là; sa grand-mère était vivante, c'était à Noël et elle donnait un 20\$ à chaque petit enfant. Et lui, quand il a eu son vingt piasses, faut dire qu'il a mal viré un bout de temps, mais je me rappelle que je me suis dit : "pourquoi elle lui en donne?, il est juste adopté lui, ce n'est pas sa grand-mère". Je repensais à ça dernièrement et si aujourd'hui quelqu'un me disait ça: "Ah lui c'est juste..., je ne lui donne pas ça, ce n'est pas mon petit-fils". Je sais que ça n'arrivera pas, mais ça me ferait de quoi en maudit par exemple d'entendre ça. Et moi je l'ai pensé dans le temps, j'avais quoi 20 ans. Pour moi, spontanément, ce n'était pas son cousin. (Paul)*

Sans dire que la position de Paul à l'égard de l'adoption ait pu être partagée par plusieurs autres participants dans les années précédant leur propre projet d'adoption, ses propos ont tout de même le mérite, non seulement d'être honnêtes, mais aussi de mettre en lumière les transformations qui jalonnent le cheminement des couples vers l'adoption.

### **6.2.3-b) La reconnaissance des proches : pleine et entière**

Les années qui précèdent l'adoption sont la plupart du temps ponctuées d'échecs reproductifs et d'expériences relativement pénibles pour le couple qui désire avoir un enfant et qui n'y arrive pas. L'entourage proche, qu'il s'agisse de la famille ou des amis, est témoin des difficultés vécues par le couple. Par conséquent, l'annonce du projet d'adoption est plus souvent qu'autrement accueillie dans la joie et souvent même avec soulagement par les proches. Ce contexte initial influence certainement la reconnaissance du lien d'adoption dans les familles des adoptants puisque l'ouverture manifestée à l'égard du projet, jumelée à une proximité (physique

et affective), permet aux proches de partager le vécu des couples et d'être témoin d'un exercice parental entier.

L'étude des propos des adoptants montre donc que la proximité s'avère déterminante dans la reconnaissance de la légitimité du lien adoptif : elle permet à l'entourage non seulement de mieux comprendre les réalités de l'adoption et d'observer les pratiques familiales qui s'opèrent dans les familles adoptives, mais également de constater le développement de relations de parenté équivalentes à celles qui ont cours dans les familles biologiques:

Q: Les gens autour... avez-vous toujours eu l'impression qu'ils vous reconnaissent à part entière comme parents?

H: *Ah oui, oui, oui! Sans aucun doute.*

Q: Vous ne sentez pas que les gens vous donnent l'image que vous êtes moins parents parce qu'elles sont adoptées?

F: *Non, pas du tout! Jamais! C'est nos filles, c'est nos filles.*

H: *Moi je pense que tout ça (la reconnaissance du lien adoptif), c'est une question d'éducation. Les gens que nous fréquentons ont le même niveau de scolarisation... c'est sûr que l'être humain fonctionne toujours de cette façon-là, nous fréquentons des amis qui ont le même vécu que nous ou à peu près la même façon de penser alors, dans ce sens-là, je ne me suis jamais senti comme si nous étions considérés comme étant autre chose que des parents. Ça, c'est sûr et certain.*

F: *Ça dépend toujours du milieu... peut-être qu'il y a des milieux que... (H coupe F)*

H: *C'est ça que je disais : des fois, on rencontre certaines personnes qui vont faire de drôles de commentaires, mais elles ne feront pas partie de mon cercle d'amis ou familial. (France et Dominic)*

Les propos de Dominic et France illustrent bien la situation vécue par plusieurs adoptants : les couples interrogés se sentent pour la plupart pleinement reconnus dans leur rôle de parents par leur entourage proche. Ils sont toutefois conscients que le grand public n'est pas toujours aussi enclin à afficher le même niveau de reconnaissance à l'égard de la filiation adoptive et ils attribuent cette tendance à un manque d'éducation. En dernière instance, comme le propose Dominic, la reconnaissance du lien adoptif pourrait aussi dépendre des milieux sociaux qui en termes d'éducation et de types de fréquentations sociales, influenceraient la position entretenue à l'égard de l'adoption. Par exemple Odile, lorsque questionnée sur la reconnaissance du lien adoptif, associe automatiquement le manque de reconnaissance à une sorte de "non-évolution des mentalités" et ajoute que selon elle, le lien qui les unit à leur enfant est visible et observable et qu'en ce sens, il serait difficile de ne pas le reconnaître: « *Ceux qui ne le reconnaissent pas, c'est parce qu'ils ne sont pas assez évolués pour ça! Être parent de quelqu'un, c'est lui apporter les soins, tu t'occupes de l'enfant, c'est vraiment... je pense que les gens doivent tellement sentir que*

*c'est nos enfants. Moi en quelque part, je me dis qu'ils doivent tellement voir que c'est fort! Ils doivent tellement voir qu'on les aime!* » (Odile). Ainsi, selon Odile et aussi selon Martin (ci-dessous), la reconnaissance du lien adoptif passerait par l'observation des comportements et des attitudes des parents adoptifs à l'égard de leur enfant : « *Moi je pense que la reconnaissance dépend de la façon que t'es avec eux autres, la manière que tu leur parles, que t'agis, que tu joues avec eux autres. Si, par exemple, tu sors avec eux autres, tu vas glisser, bin les autres parents vont voir ça et ils vont dire : "eux autres aussi les amènent glisser. C'est la même affaire"* » (Martin). La possibilité de pouvoir dresser des similitudes entre les attitudes du parent adoptif et celles du parent biologique contribuerait, selon Martin, à une meilleure reconnaissance du lien adoptif, les autres parents étant alors à même de constater l'équivalence des rôles parentaux sans égard au type de famille.

Chez les parents qui considèrent bénéficier de la pleine reconnaissance de leur entourage, quelques-uns soulignent que certains proches vont même jusqu'à oublier que leur enfant est adopté, un réflexe qui, selon eux, démontre que le lien d'adoption qui les unit à leur enfant est à ce point reconnu qu'il ne fait même plus l'objet d'une distinction avec l'apparemment biologique:

*Ça me fait rire parce que je suis allée chez ma coiffeuse en fin de semaine passée et elle veut devenir enceinte. Elle connaît mes enfants, elle leur coupe les cheveux depuis qu'elles sont petites et elle connaît toute notre histoire... Et là, elle a dit "toi, ça a pris combien de temps pour tomber enceinte de Anouk?" Et là, elle s'est rendue compte de ce qu'elle m'avait dit, elle a allumé! Elle a dit : "As-tu vu comment pour moi, ton enfant, c'est vraiment ton enfant parce que regarde ce que je t'ai posé comme question!"* (Geneviève)

Q: Est-ce que vous sentez que vous êtes pleinement reconnus dans votre rôle de parents par les gens autour de vous autres?

F: *Autour de nous autres, oui.*

H: *On est peut-être dans le champ, mais...*

F: *C'est peut-être nous autres qui ne voient pas clair!* (rires)

H: *On parle avec des amis des fois et ils oublient. On leur a dit une fois, mais ils oublient. Ils se demandent quasiment comment a été l'accouchement! "Ce n'est pas un accouchement, on l'a adopté". "Ha oui, c'est vrai!" Ça veut dire que pour eux autres, il n'y a plus cette nuance-là.* (Edith et Marc-André)

Finalement, il semble qu'une pleine reconnaissance du lien d'adoption ne puisse être possible que par effet de proximité, c'est-à-dire par expérience directe de ce type de filiation ou par la connaissance de proches qui en font l'expérience. Parce que les parents adoptifs, loin de dire

qu'ils ne sont pas reconnus dans leur rôle de parents, font surtout une distinction très claire entre, d'un côté, la famille et les amis proches et, de l'autre, l'entourage plus élargi et la société en général, ces derniers étant considérés beaucoup moins reconnaissants que les proches, mais principalement pour des raisons liées à l'ignorance et au manque d'éducation.

\*\*\*

Bref, l'adoption n'apparaît pas comme une forme familiale hautement problématique. Même si elle est l'objet de certains préjugés (adoption comme transaction monétaire ou comme geste charitable), ceux-ci sont rarement dévastateurs comme en témoignent la plupart des participants qui font généralement bien peu de cas des commentaires jugés inappropriés. Sans aller jusqu'à affirmer que les familles adoptives jouissent d'une reconnaissance équivalente à celle des familles nucléaires et biologiques, les propos des participants laissent croire que la famille adoptive, même si elle demeure socialement différente, est loin d'être stigmatisée ou considérée comme anormale et dysfonctionnelle. Par contre, la filiation adoptive ne jouit pas sur le plan social d'une reconnaissance pleine et entière qui puisse lui permettre d'être considérée équivalente à celle établie par le partage de liens biologiques. Il semble y avoir une distinction pertinente à faire entre les perceptions de l'adoption au niveau social (6.2.2) et le niveau de reconnaissance du lien adoptif dans la société (6.2.3). En effet, le niveau d'acceptation de l'adoption ne correspond pas toujours au niveau de reconnaissance du lien filiatif qu'elle engendre, c'est-à-dire qu'on peut très bien considérer l'adoption comme un phénomène socialement acceptable sans pour autant pleinement reconnaître la filiation qu'elle implique.

## Conclusion (6.2)

L'ouverture et l'évolution des mentalités vis-à-vis des différences familiales, ethniques et raciales participent à l'acceptation globale de l'adoption, celle-ci constituant sur le plan social un moyen convenable de fonder une famille. Il semble donc qu'une majorité de la population considère la filiation adoptive tout à fait acceptable, une position souvent maintenue même par ceux qui admettent qu'ils seraient incapables d'y recourir. Mais au final, les tendances observées demeurent quelque peu contradictoires: d'un côté, l'adoption en devenant visible et affichée (via l'adoption internationale) apparaît désormais comme une forme familiale (parmi d'autres) qui repose sur le choix et le désir manifeste d'avoir un enfant. D'un autre côté, plusieurs commentaires ou raccourcis utilisés par l'entourage élargi ou le grand public démontrent la persistance de la valeur des liens de sang et rendent ainsi plus compliquée la pleine reconnaissance du lien adoptif. C'est le cas par exemple du recours spontané au qualificatif "vrai" pour désigner les père et mère biologiques ou encore à l'idée qu'un enfant adopté est plus difficile à aimer. Comme le mentionne Lafond (1997), « *la société pose sur la famille adoptive un regard ambivalent : elle l'admet, elle la valorise, mais elle souligne sa différence. Son regard oscille perpétuellement entre idéalisation et remise en cause du statut de "vraie" famille* » (1997 : 34-35).

Ainsi, les positions de la population sur la valeur de l'adoption et, plus globalement, leurs discours sur la famille et la parenté, hésitent entre l'importance de la génétique et de la biologie, d'une part, et la valeur de la volonté et de l'affectif, d'autre part: « *les changements dans la manière de concevoir l'adoption sont interprétés de différentes manières, aussi bien comme la preuve qu'aucun modèle ne doit dicter la façon dont les membres d'une famille sont liés les uns aux autres que comme l'illustration du fait que les relations fondées sur des liens biologiques sont plus réelles que les autres relations* » (Dolgin 1997 : 39 - cité par Melhuus 2009).<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Cette même oscillation est aussi notée et discutée par Obadia (2000), mais dans un tout autre champ que celui de l'adoption, soit celui des tests d'ADN, lesquels permettent dorénavant de déterminer avec une quasi-certitude la filiation biologique d'un enfant. Selon l'auteur, les progrès scientifiques en matière de tests de paternité et la mise en valeur des liens biologiques qu'ils sous-tendent se heurtent à une tendance contraire, soit la prise en compte grandissante de la réalité socio-affective dans l'établissement et le maintien de la filiation: « *Le législateur québécois semble avoir choisi d'exclure les tests d'ADN comme moyen de preuve en droit de la filiation. En effet, son absence ne constitue assurément pas un oubli, mais la volonté évidente du législateur de donner préséance à la réalité socio-affective plutôt qu'à la vérité biologique* » (2000 : 495). Par contre, l'auteur n'écarte pas la possibilité que ces tests puissent prendre une importance grandissante au cours des prochaines années, dépendamment de l'évolution des valeurs sociales et culturelles.

Malgré les efforts déployés par les parents adoptifs pour sortir l'adoption des schèmes "biologisants" et démontrer la priorité des liens affectifs dans la définition des liens familiaux, il demeure difficile sur les plans pratique et conceptuel d'évoquer l'adoption sans référer aux différentes notions biologiques qui entourent les processus de reproduction et d'apparentement. Dans une étude portant sur les pratiques d'adoption au Pérou, Leinaweaver (2009) montre comment les différentes étapes qui mènent à l'adoption d'un enfant sont elles-mêmes ancrées dans une logique de médicalisation, elle-même dominée par un discours axé sur la biogénétique et sur l'établissement de normes internationales en matière de santé. Qu'il s'agisse de démontrer l'incompétence des parents biologiques par l'évaluation de leur état mental ou de l'état physique de l'enfant, de prouver la bonne santé générale des futurs parents adoptifs par le biais d'évaluations médicales et psychosociales, ou encore de questionner les risques liées aux origines génétiques inconnues de l'enfant adopté, « *les compréhensions globales et locales de la biologie et de l'adoption sont actuellement profondément entrelacées* » (Leinaweaver 2009 : 191). À un tout autre niveau, les différentes étapes de l'adoption sont elles aussi souvent présentées dans un vocabulaire qui rappelle le processus biologique de reproduction, ces étapes référant tantôt à la pré-grossesse, tantôt à la grossesse et ensuite à la naissance et à la vie familiale Howell (2001, 2006).

À plusieurs reprises, les parents comparent les phases de l'adoption au processus de gestation et à l'accouchement, une mère allant même jusqu'à mentionner que la photo de proposition est l'équivalent d'une échographie<sup>20</sup>. L'existence de paradoxes et d'ambivalences entre les aspects biologiques et affectifs de l'apparentement est nettement perceptible chez les adoptants et cela se traduit, entre autres, par une incertitude quant à la définition et au statut de l'enfant adopté : les parents hésitent à souligner la différence de leur enfant, mais demeurent simultanément à l'affût des possibles défis que représentent ces mêmes différences sur le plan éducatif et affectif. Par exemple, les parents admettent d'emblée que le passé souvent totalement inconnu de l'enfant adopté le différencie de l'enfant biologique et qu'il importe d'en tenir compte dans les soins

---

<sup>20</sup> À partir des données de ses propres études, Belleau (2000) mentionne que dans l'album photos de l'enfant adopté, la photo de proposition est souvent placée à l'endroit où devrait apparaître celle de l'échographie.

qu'on lui donne; d'un autre côté, ils déploient eux-mêmes beaucoup d'efforts pour "normaliser" la situation de l'enfant adopté:

*Combien de fois aussi qu'à l'inverse on s'est fait dire "ah ! c'est des enfants comme les autres!". Oui, c'est vrai, mais elle a des choses à vivre aussi, il y a des particularités auxquelles il faut être attentif à cause de...de...d'où ils viennent. Comme j'ai un frère qui est enseignant, il en a vu des enfants et c'est un excellent enseignant, mais il avait des réflexions des fois qui me décourageaient un petit peu, du genre "bin c'est un enfant pareil comme les autres! Il ne faut pas que tu te compliques la vie!". Mais... admettons, il y a le sommeil, les terreurs nocturnes, nous on a été chanceux, elle en n'a pas fait. Les enfants d'orphelinat peuvent en faire beaucoup, ils sont sujets à en faire à répétition. Ça c'est des trucs qui font partie de l'adoption. (Robert)*

D'un premier abord la situation sociale de l'adoption apparaît contradictoire: l'adoption est de plus en plus acceptée et aussi de plus en plus reconnue dans l'entourage proche des familles adoptives, mais en même temps, les progrès de la génétique (test d'ADN, dépistage génétique, NTR) donnent l'illusion que la parenté et la filiation reposent d'abord et avant tout sur des facteurs biogénétiques : « Une vision lourdement biologisante de la filiation, si elle était unanimement partagée, imposerait un frein majeur aux pratiques d'adoption et contribuerait à renforcer la marginalisation qu'encouragent encore récemment les familles adoptives. Or, les Occidentaux n'ont jamais aussi ouvertement que maintenant accueilli comme les leurs des enfants de diverses origines nationales et ethnoculturelles » (Ouellette 2000-b : 333).

L'adoption se trouve donc présentement au carrefour de divers mouvements et s'il est bien vrai que le courant génétique souffle fort, il ne faut pas omettre de considérer non seulement la force de la volonté dans l'établissement des liens familiaux, mais aussi l'influence qu'exerce le désir d'enfant dans les représentations collectives relatives à la famille. La plupart des couples qui adoptent ont rencontré divers problèmes d'infertilité et ont d'abord eu recours à différentes techniques médicales. Par le fait même, leur désir d'enfant s'est souvent exacerbé au fil des années, une réalité qui ne laisse pas indifférentes les différentes personnes de l'entourage, alors plus enclines à entrevoir l'adoption comme une solution tout à fait acceptable de former une famille et surtout comme un moyen d'avoir accès à ce qui est aujourd'hui au centre de la définition de la famille et qui est aussi l'objet d'un investissement affectif notable, l'enfant. Ainsi, l'adoption résiste aux définitions biologisantes de la parenté qui auraient pourtant tout le potentiel nécessaire pour l'ébranler.



## **CHAPITRE VII**

### **Conclusion générale**

Dans cette recherche, je me suis intéressée aux phénomènes de la procréation médicalement assistée et de l'adoption et à leur articulation aux différents aspects des relations de parenté en contexte occidental. La question de recherche se posait comme suit : Considérant la valeur accordée à l'enfant dans les sociétés contemporaines ainsi que celle généralement attribuée à l'idée de « faire famille », comment des couples ayant vécu des problèmes d'infertilité ont-ils cheminé entre, d'une part, les nombreuses possibilités offertes par la médecine reproductive et, d'autre part, l'option de l'adoption, pour finalement en arriver à la décision d'adopter?

La PMA et l'adoption ainsi que les pratiques qui leur sont sous-jacentes mettent en scène deux univers qui apparaissent, d'un premier abord, bien difficiles à concilier : là où les NTR privilégieraient les relations biogénétiques au détriment des relations sociales, l'adoption, de son côté, serait plus encline à privilégier le social au détriment du génétique. Tout au long de cette thèse, j'ai favorisé un angle de recherche qui permette de dépasser cette façon dichotomique d'aborder les phénomènes étudiés et qui favorise la réinscription de la PMA et de l'adoption dans une logique faite d'enchevêtrements et de croisements entre le social et le biologique. À plusieurs égards, les deux phénomènes sont étroitement liés; sur le plan pratique, ils constituent deux solutions alternatives pour les couples infertiles dont le désir d'enfant demeure inachevé. De plus, ils sont souvent vécus successivement puisque la plupart des couples qui ont recours à l'adoption ont au préalable sollicité la médecine reproductive pour régler leurs problèmes d'infertilité. Sur le plan social, tant la PMA que l'adoption impliquent l'intervention d'un tiers pour concrétiser et reconnaître l'établissement d'une filiation (soit la médecine dans le cas de la PMA et celle d'une autorité juridique dans le cas de l'adoption) et mettent en scène des situations et des enjeux hautement révélateurs des valeurs et des représentations collectives en matière de parenté et de famille. Pour bien cerner toutes les implications liées aux deux types de démarches (médicales et adoptives), il m'est apparu essentiel d'investir en profondeur le champ de l'anthropologie de la parenté et celui de la sociologie de la famille. Il m'a semblé également nécessaire de me pencher sur les approches et sur les différents écrits concernant ces grandes thématiques et de situer historiquement et culturellement l'évolution et les transformations des relations de parenté dans les sociétés occidentales. Plusieurs dimensions de la parenté contemporaine ont donc été

approfondies en cours de cette thèse, qu'il s'agisse de la position de l'enfant au sein de la famille, de l'émergence du concept de parentalité, de la valorisation des liens affectifs ou encore des nouvelles technologies génétiques et de leur impact sur les relations de parenté. Évidemment, une longue réflexion sur la place de la PMA en contexte reproductif et sur l'évolution de l'adoption s'est aussi avérée essentielle.

La consolidation du projet parental et la venue au monde d'un enfant sont aujourd'hui considérées comme relevant de la vie privée : par conséquent, les démarches qui entourent la PMA et l'adoption sont bien souvent investies de la même logique d'individualisation. La priorité de cette recherche était de ramener sous un angle social des démarches considérées personnelles. À partir des propos des participants et des études menées par différents auteurs, il me fallait arriver, d'une part, à comprendre de quelle façon interviennent les facteurs sociaux dans les représentations liées à l'enfant, à la parenté et à la reproduction, et d'autre part, à montrer comment les décisions et les stratégies adoptées par les couples pour concrétiser leur désir d'enfant ne relèvent pas strictement de facteurs individuels ou conjugaux, mais s'inscrivent simultanément dans un contexte social et culturel qui entretient ses propres idées sur ce qui fait famille, c'est-à-dire sur ce qui se trouve au cœur de la construction des liens familiaux. L'autre défi fut sans doute de donner une voix commune à un groupe passablement morcelé : les couples infertiles ne forment pas un groupe homogène et ne parlent pas d'une seule voix. Pourtant, il m'apparaissait important de bâtir mes analyses à partir de leurs discours et d'en arriver à situer leurs explications dans un cadre social qui, tout en les dépassant, demeurerait fidèle à leurs pensées et points de vue.

### **7.1-La pertinence de questionner les dimensions biologiques et sociales de l'apparentement**

Plusieurs éléments interviennent pour justifier la pertinence du présent sujet de thèse. D'un point de vue conceptuel, les recherches anthropologiques sur la parenté au cours des quinze dernières années se sont attardées à montrer la complexité des composantes biologiques et sociales dans la construction des relations de parenté. À la suite de Schneider qui s'est intéressé à la dimension ethnocentrique des analyses anthropologiques sur la parenté et à l'influence du savoir scientifique et biogénétique dans les représentations de la parenté dans la culture américaine, de nombreux

autres anthropologues ont par la suite développé une anthropologie de la parenté orientée vers l'analyse de la construction sociale des faits naturels. Ces auteurs insistent sur l'impossibilité de réduire le naturel et le social à l'un ou à l'autre lorsqu'il est question de parenté et sur l'importance de prendre en considération ce qui se trouve à l'intersection des dimensions biologiques et sociales.

La réflexion concernant la nature des liens d'apparentement, loin de se tarir au sein de la discipline, s'est plutôt transformée en un champ de recherche vivant et fertile. Certes, l'anthropologie de la parenté et les différentes études qui lui sont liées échappent difficilement à la dialectique "nature-culture" et doivent constamment négocier cette difficile oscillation. Par contre, l'anthropologue a le pouvoir d'utiliser cette dialectique de façon créative, c'est-à-dire qu'il peut éviter de mettre les composantes biologiques et sociales de l'apparentement en constante opposition et favoriser une approche qui tienne compte des subtilités, des transformations et des représentations issues de l'une et l'autre de ces deux dimensions. Cela permet de se distancier de la dichotomie nature-culture, sans pour autant devoir renoncer aux représentations sociales qui caractérisent les deux dimensions pour analyser les phénomènes à l'étude. Cette présente thèse s'inscrit en continuité de cette approche et aborde la PMA et l'adoption comme des phénomènes profondément reliés aux réalités contemporaines qui caractérisent nos sociétés en matière de famille, de relations de parenté, de conjugalité et de rapport à l'enfant.

Mais plus encore, le contexte social actuel invite à s'interroger sur la place qu'occupent la PMA et l'adoption dans nos représentations de la parenté et de la filiation. D'une part, le développement des NTR, leur banalisation au sein de la population et leur accessibilité grandissante exigent que soient considérés non seulement le vécu de ceux qui en font l'utilisation, mais également l'impact que ces techniques peuvent avoir sur nos représentations de la reproduction. D'ailleurs, la réflexion est loin d'être épuisée considérant le nouvel engagement du gouvernement à financer jusqu'à trois essais de FIV par couple infertile. Cette décision politique ramène dans l'espace public les questions relatives à l'utilisation et à l'encadrement des nouvelles technologies reproductives et impose une réflexion collective. Qu'il s'agisse du fardeau imposé au réseau de la santé (coûts financiers, manque de personnel qualifié), de la lourdeur physique

des traitements sur le corps de la femme, des taux de réussite très discutables des nouvelles technologies reproductives, des questions éthiques que posent certaines pratiques et interventions médicales, ou encore du danger qui émerge du glissement symbolique vers l'idée d'un droit à l'enfant, il semble que certains enjeux de ce nouveau programme (des enjeux pourtant cruciaux) aient été complètement occultés, et ce tant de la part des politiciens, des spécialistes que des couples infertiles qui attendaient d'ailleurs depuis plusieurs mois la concrétisation de ce projet de loi annoncé au printemps 2009.

Une réflexion tout aussi importante est en cours concernant le régime québécois d'adoption. En octobre 2009, la Ministre de la Justice, Mme Katleen Weil, déposait un avant-projet de loi intitulé « *Loi modifiant le Code civil et d'autres dispositions législatives en matière d'adoption et d'autorité parentale* ». L'avant-projet de loi contient différentes propositions de modifications au Code civil. À plusieurs égards, les modifications proposées transformeraient les conceptions qui prévalent actuellement en matière d'adoption. D'abord, il propose de modifier les règles régissant la confidentialité des dossiers d'adoption dans le but de faciliter l'accès aux renseignements qu'ils contiennent ou d'éventuelles retrouvailles entre parents d'origine et personne adoptée. Dans un deuxième temps, le projet propose l'introduction dans le régime adoptif québécois de la possibilité pour les parents d'origine et les parents adoptifs (et l'enfant s'il est âgé de 14 ans ou plus) d'établir des ententes de communication. Ce type d'entente (échanges de lettres ou de photos, échanges téléphoniques, visites) permettrait aux parties impliquées de divulguer ou d'échanger de l'information concernant la personne adoptée et, dans certains cas, de maintenir des relations personnelles durant le placement ou après l'adoption. Le projet suggère également l'introduction de l'adoption sans rupture du lien de filiation d'origine (appelée ailleurs adoption simple). Dans ce type d'adoption, une nouvelle filiation est créée (filiation adoptive), mais le lien de filiation entre l'enfant et ses parents d'origine est aussi maintenu. Ainsi, l'acte de naissance ferait état de la filiation d'origine à laquelle serait ajoutée la filiation adoptive. Par contre, les parents adoptifs deviendraient les seuls titulaires de l'autorité parentale. La quatrième et dernière proposition du projet de loi concerne la délégation judiciaire de l'autorité parentale. Une telle délégation permettrait à un parent de transférer à une autre personne<sup>1</sup> l'exercice de ses droits et

---

<sup>1</sup> La délégation pourrait être faite en faveur du conjoint (ou de la conjointe) de l'un des parents ou en faveur de la grand-mère, du grand-père, de l'oncle, de la tante, du frère ou de la sœur et de leurs conjoints respectifs.

devoirs à l'égard de son enfant. Cette mesure permettrait de conserver le lien de filiation qui unit le parent à l'enfant et accorderait parallèlement au délégataire un véritable rôle parental. Dans certains cas, cette mesure constituerait une alternative à l'adoption. À ce jour, le projet de loi est toujours à l'étude et n'a pas encore été entériné.

Ces différentes explications concernant, d'une part, le programme gouvernemental de financement de la procréation médicalement assistée et, d'autre part, le nouveau projet de loi sur l'adoption permettent de bien saisir le contexte social actuel dans lequel s'inscrivent les deux phénomènes étudiés et mettent évidence la nécessité de poursuivre la réflexion.

## **7.2-Résumé des conclusions**

Plusieurs conclusions se dégagent de l'ensemble de la recherche. Aussi me semble-t-il plus efficace de les synthétiser séparément. Au total, neuf grandes conclusions donnent un portrait d'ensemble de la thèse. Évidemment, plusieurs liens peuvent être posés entre chacune d'entre elles :

(1) Les processus d'individualisation du rapport au temps et de privatisation du lien familial contribuent à faire de l'arrivée de l'enfant le point de départ de la famille et à inscrire le projet parental dans un espace privé. Les propos des couples concernant leur désir d'enfant touchent à deux registres distincts, mais étroitement liés : d'une part, le désir d'avoir un enfant constitue un projet conjugal s'inscrivant dans un espace privé qui concerne avant tout le couple et les deux individus qui le composent. D'autre part, l'enfant et l'expérience de la parentalité qui lui est reliée sont entrevus comme une source potentielle de réalisation et d'épanouissement personnel. Parallèlement, les motivations et les raisons sous-jacentes à la décision d'avoir un enfant relèvent davantage de la volonté individuelle et du désir personnel ou conjugal que, par exemple, d'une obligation culturelle envers les générations antérieures ou que d'un devoir social impliquant les ancêtres ou les autres membres de la famille élargie. Les propos des participants montrent aussi comment les questions relatives à l'arrivée de l'enfant (biologique ou adopté) et à la manière d'y accéder (PMA et adoption) sont ramenées dans la sphère privée, les couples décidant ensemble des différentes démarches à entreprendre.

(2) La plupart des couples qui rencontrent des problèmes d'infertilité se tournent d'abord vers la médecine reproductive, une première démarche qui apparaît évidente aux yeux des couples concernés. Mais au-delà de la valeur accordée aux faits biologiques dans la définition des relations de parenté, divers phénomènes interviennent et concourent à expliquer le choix des couples de prioriser la PMA lorsqu'ils rencontrent des problèmes d'infertilité: d'abord cette position montre qu'au-delà du lien de sang, c'est aussi l'accès à l'enfant et la manière de construire le projet parental qui sont en jeu. L'adoption apparaît, du moins au départ, comme un ensemble de démarches et de procédures complexes qui impliquent de longs délais et une part d'inquiétude sur l'état de l'enfant, alors que le recours à la PMA et l'éventuel enfant biologique qui peut en résulter sont entrevus comme un processus sur lequel les couples ont l'impression d'exercer un certain contrôle, qu'il s'agisse de la grossesse, du bagage génétique ou encore des premiers jours et premiers mois de vie de l'enfant. De plus, considérant la foi en la médecine et au progrès médical dans nos sociétés modernes, il est aussi fort possible que les couples se sentent spontanément plus portés vers le milieu médical qui leur apparaît malgré tout plus familier que l'adoption. Les NTR ne font en quelque sorte qu'étendre l'espace médical et technique dans lequel le processus même de la maternité est déjà inséré, qu'il s'agisse de la contraception, de la médicalisation de la grossesse ou encore de l'accouchement

(3) Malgré la rupture entre sexualité et reproduction qu'elles impliquent, les nouvelles technologies reproductives, lorsqu'elles n'exigent pas l'intervention d'un tiers (donneur/donneuse de gamètes), deviennent une voie d'accès à l' "enfant naturel", terme que les couples utilisent de manière équivalente à celui d'"enfant biologique". L'aspect technique et le caractère interventionniste qu'impliquent les procédures de FIV ou d'insémination intra-utérine sont redéfinis et ramenés dans la sphère dite naturelle. Ainsi, la différence entre l'enfant né d'une conception naturelle (issu d'une relation sexuelle) et celui né d'une FIV (issu d'une intervention médicale) est réduite à néant, l'enfant dit naturel devenant alors l'enfant issu des gamètes de ses deux parents, sans égard à son mode de conception. Le respect de la connexion entre reproduction et apparemment génétique l'emporte sur celui de la connexion entre relation sexuelle et reproduction, les couples se formalisant bien peu du fait que l'enfant puisse être créé

en dehors de la sexualité. Cette tendance à naturaliser les techniques de reproduction témoigne de la force d'intégration des biotechnologies chez les individus.

(4) L'étude des trajectoires des couples démontre l'importance de reconsidérer l'idée relativement répandue au sein de la population selon laquelle la procréation médicalement assistée constitue un gouffre sans fond pour les couples infertiles. Au contraire, les couples analysent leurs ressources (financières, émotives et physiques), se fixent des limites, adoptent des stratégies et prennent des décisions en fonction d'un ensemble de facteurs. L'étude des expériences vécues par les participants permet donc d'affirmer que loin de "subir le médical", les couples l'analysent et l'utilisent au gré de leurs besoins et de leurs capacités. Leurs décisions sont d'ailleurs fortement orientées vers une logique de protection qui se traduit non seulement par le souci de se prémunir contre de potentiels et futurs espoirs déçus, mais également par une préoccupation d'utiliser à bon escient les ressources financières restreintes du couple ou encore de limiter les interventions physiques trop invasives. À plusieurs niveaux, cette tendance va de pair avec la logique "proposition-décision" priorisée par les cliniques médicales : les médecins spécialistes (vendeurs) offrent des services à la carte et les patients (devenus clients) doivent choisir ce qui leur convient le mieux en fonction du diagnostic établi par les médecins et en fonction de leurs ressources financières et de leurs capacités en termes physique et émotif. Ainsi, le pôle "proposition" est occupé par les médecins, cliniciens et spécialistes qui s'affairent à analyser et à dresser un portrait des possibilités médicales qui s'offrent aux couples, alors que le pôle "décision" est remis entre les mains des couples qui doivent eux-mêmes fixer les limites de leur incursion dans le monde de la procréation médicalement assistée. Si cette situation a le mérite de définir les couples comme les acteurs principaux de leurs propres trajectoires, elle entraîne tout de même une distanciation radicale des acteurs secondaires vis-à-vis des conséquences émotives et symboliques liées à l'infertilité et à l'échec des traitements.

(5) La valeur accordée aux liens biologiques n'est pas absente de l'univers de la PMA et des motivations sous-jacentes à leur utilisation. C'est aussi vrai qu'à plusieurs égards, la médecine reproductive renforce l'idéal culturel de l'apparentement biologique et des liens familiaux génétiques. Mais cette explication du recours à la PMA demeure simpliste et sous-estime la force et la valeur accordées au processus de construction de la famille, un processus complexe à travers

lequel l'enfant n'est pas toujours strictement entrevu sous l'angle de la connexion biologique, mais peut-être davantage comme un relais qui permet d'accéder à l'expérience de la parentalité. Les propos des participants donnent à croire que les préoccupations conjugales relatives au désir d'enfant s'inscrivent dans un cadre qui dépasse le simple désir d'enfant biologique. C'est le projet parental et l'enfant au sens large qui constituent LA préoccupation dominante des couples qui rencontrent des problèmes d'infertilité et en ce sens, la PMA et l'adoption apparaissent comme des ressources susceptibles de pouvoir donner un enfant.

(6) Le passage entre les procédures médicales et l'adoption n'est pas un chemin linéaire dont les étapes se présentent invariablement de manière chronologique, mais se présente plutôt comme un enchevêtrement constant de situations et de facteurs divers qui se produisent dans le temps à des rythmes variés. Dans la majorité des trajectoires impliquant des couples infertiles devenus parents adoptifs, l'adoption fait suite à la PMA, c'est-à-dire que les couples entreprennent d'abord des démarches en médecine reproductive et se tournent vers l'adoption seulement en cas d'échec médical. Pourtant, une étude plus approfondie des trajectoires des participants démontre que pour certains couples, les démarches médicales et adoptives se chevauchent et ne se suivent pas de manière chronologique. L'implication simultanée dans les deux types de procédures visent principalement à accélérer l'accès à l'enfant (le couple souhaite voir se concrétiser le plus rapidement possible leur projet d'enfant) ou encore à diminuer le stress et l'angoisse liés aux résultats incertains de la PMA. Ce type de trajectoire mérite une attention particulière dans la mesure où il propose un parcours sans doute appelé à prendre de l'ampleur au cours des prochaines années; le financement de la FIV, l'allongement des délais d'attente en adoption internationale et la tendance chez les femmes à repousser dans la trentaine la venue des enfants sont tous des facteurs qui favorisent le développement d'un tel type de parcours.

(7) Si la procréation médicalement assistée ne peut être réduite à sa dimension biologique, l'adoption, de son côté, ne peut être entrevue strictement en termes d'électivité et de liens sociaux. En effet, de nombreux facteurs biologiques de définition de l'apparentement sont présents dans l'adoption et la force du modèle familial basé sur le partage d'une connexion biogénétique exerce une certaine pression sur la famille adoptive. Qu'il s'agisse de comparer le processus d'adoption au processus de gestation, d'hésiter sur le statut à accorder aux parents



d'origine ou encore de se questionner sur les risques liés au passé génétique inconnu de l'enfant, l'existence de paradoxes et d'ambivalences entre les aspects biologiques et affectifs de l'apparentement est nettement perceptible chez les adoptants. L'engendrement et la naissance demeurent deux composantes hautement significatives dans les représentations de la parenté, de la famille et de l'identité dans nos sociétés occidentales et à ce titre, il serait faux de croire que les parents adoptifs échappent à cette réalité. Parallèlement, leurs discours sont aussi traversés d'une insistance sur la force de l'acquis et de l'éducation sur le plan identitaire ainsi que sur l'influence de l'affection et de la volonté dans la construction des liens de parenté.

**(8)** Dans le sixième chapitre, l'adoption est abordée sous un angle social et mise en parallèle avec différentes valeurs culturelles relatives à la parenté et à la filiation. L'ambivalence qui se dégage des propos des parents adoptifs relativement à la position sociale de l'adoption correspond à celle, plus globale, qui caractérise les discours collectifs sur la parenté. En effet, l'analyse de la situation sociale de l'adoption fait apparaître deux tendances distinctes; d'une part, l'adoption est considérée comme une forme de filiation de plus en plus acceptée et reconnue dans l'entourage proche des familles adoptives. De plus, elle met de l'avant un modèle de parenté dont les prémisses (volonté, électivité, affection) sont fortement valorisées par les sociétés contemporaines lorsqu'il est question de mesurer la valeur et la qualité des liens de parenté. D'autre part, les progrès de la biogénétique (test d'ADN, dépistage génétique, NTR) donnent l'illusion que la parenté et la filiation reposent d'abord et avant tout sur des facteurs biogénétiques, ce qui contribue à ramener l'origine de l'enfant adopté à sa composition génétique et à ses racines biologiques. L'adoption, au même titre que la parenté dans son ensemble, se trouve présentement au carrefour de diverses tendances sociales. Cette ambivalence est d'ailleurs perceptible lorsqu'on compare le degré d'acceptation de l'adoption (en tant qu'institution sociale) versus le degré de reconnaissance de la légitimité du lien adoptif; en effet, le niveau d'acceptation de l'adoption ne correspond pas toujours au niveau de reconnaissance du lien filiatif qu'elle engendre, c'est-à-dire que l'adoption peut très bien être considérée comme une façon tout à fait acceptable de faire famille sans pour autant que ne soit pleinement reconnu le type de lien filiatif qu'elle implique. Par conséquent, l'étude des représentations sociales relatives à l'adoption démontre qu'à certains égards, la filiation adoptive ne jouit pas sur le plan social d'une

reconnaissance qui puisse lui permettre d'être considérée équivalente à celle établie par le partage de liens biologiques.

(9) La définition de la famille, tant sur le plan social qu'individuel, est mouvante et sujette à redéfinition en fonction des expériences vécues et du contexte social ambiant. Plusieurs éléments développés tout au long cette thèse mettent en évidence l'aspect flexible des critères de définition de la famille, de la parenté, voire de l'enfant. Sur le plan individuel, la rencontre d'imprévus et l'enchaînement des événements personnels et conjugaux participent à la réévaluation continue des différentes notions reliées à l'enfant et à la parenté. Par exemple, lorsqu'un couple prend la décision d'adopter après plusieurs mois ou années de réflexion, les croyances et les représentations issues de l'idéologie culturelle de l'apparentement biologique se modifient et sont pénétrées par de nouvelles visions de la parenté. De plus, au-delà de leur caractère personnel et individuel, les actions et les décisions des couples s'inscrivent dans un cadre social tout aussi mouvant qui, à son tour, influence les choix et les perceptions en matière de famille et de parentalité. Plusieurs autres exemples abordés dans la thèse s'inscrivent dans cette même logique d'interdépendance entre décisions individuelles et déterminants sociaux, que l'on pense au désir d'enfant, aux différents enjeux liés au vécu de l'infertilité, au recours à la PMA, ou encore à la définition des statuts des différents membres du triangle adoptif.

### **7.3- Apports de la recherche et pistes à développer**

Cette thèse met en évidence la complexité des facteurs, influences et considérations qui interviennent dans les trajectoires de couples infertiles qui, après avoir eu recours à la PMA, ont finalement pris la décision d'adopter. La mise en valeur de leurs propos donne un portrait plus précis des expériences vécues par ces couples et permet de relativiser certaines idées prises pour acquies lorsqu'il est question de procréation médicalement assistée et d'adoption. Par exemple, la thèse s'intéresse aux paramètres sociaux qui entourent la reproduction, et présente, dans le cas de la PMA, une dimension empirique trop souvent absente de la littérature, soit la rencontre d'échecs successifs par les couples qui font des démarches en PMA. Trop souvent centrées sur l'aspect spectaculaire de la PMA (don de sperme, embryons surnuméraires, gestation pour autrui), les recherches ont négligé l'utilisation "courante" de la PMA, c'est-à-dire le recours à

l'insémination artificielle avec sperme du conjoint et à la FIV. Pourtant, même si elles semblent plus banales aux yeux du chercheur, ces techniques demeurent hautement révélatrices de plusieurs croyances et valeurs en matière de reproduction. En ce qui a trait à l'adoption, le fait d'aborder celle-ci comme un objet social mettant en scène divers aspects de la parenté occidentale aura permis de saisir "où en est l'adoption au Québec" et ce, non seulement sur le plan des perceptions et représentations sociales, mais également par rapport aux formes dominantes d'appareillage et aux transformations qu'elles-mêmes subissent.

Dans l'ensemble, la force principale de cette thèse aura été de mettre en lien des expériences souvent abordées de manière distincte et qui, pourtant, s'inscrivent dans une logique de continuité. Sans avoir révolutionné les connaissances déjà acquises sur la PMA et l'adoption, cette thèse a su, à partir de données qui réfèrent à un processus et à une trajectoire, établir un ensemble de connexions non seulement entre les phénomènes de la PMA et de l'adoption, mais également entre les divers aspects des contextes sociaux dans lesquels ces phénomènes se déploient. En ce sens, cette thèse, participe à l'évolution des connaissances sur la famille et l'enfant dans le contexte du Québec d'aujourd'hui.

L'approche privilégiée tout au long de cette recherche ne s'applique pas strictement à l'étude de la PMA ou de l'adoption, mais permet d'appréhender divers phénomènes liés à la famille, à la parenté, à la reproduction et à la valeur de l'enfant en contexte occidental. Les situations qui impliquent une réflexion semblable à celle développée dans cette thèse sont multiples, que l'on pense aux familles recomposées, à l'homoparentalité, au recours aux tests de paternité pour déterminer la paternité, ou encore aux familles dont les enfants sont nés d'un don de gamète. Certaines dimensions abordées à l'intérieur même des cadres de cette recherche mériteraient également d'être approfondies : il faudrait éventuellement s'attarder à ceux dont les procédures en PMA ont abouti à la naissance d'un enfant ou encore à ceux qui suite aux échecs en PMA ont pris la décision de vivre sans enfant. Parallèlement à ces groupes, la PMA et l'adoption concernent aussi les femmes seules et les couples lesbiens qui ont décidé d'avoir recours à l'IAD ou à l'adoption pour un avoir un enfant. Les situations qui impliquent des démarches médicales ou des démarches adoptives touchent également d'autres acteurs dont les points de vue mériteraient éventuellement d'être considérés plus en détail, qu'il s'agisse de représentants

d'agences d'adoption, de praticiens ou d'infirmières qui travaillent dans les cliniques d'aide à la procréation, ou encore d'enfants nés d'une FIV ou d'une IAD ou de ceux adoptés suite aux échecs médicaux des parents adoptifs. Plus récemment, la nouvelle décision du gouvernement de financer la PMA doit elle aussi mener à de nouvelles recherches sur le terrain. Cette mesure constitue un revirement majeur et risque de bouleverser en profondeur non seulement les représentations sociales et symboliques relatives à la reproduction, mais aussi les pratiques futures reliées à la procréation médicalement assistée et à l'adoption.

## BIBLIOGRAPHIE

AKESSON L., 2001, « Bound by Blood? New Meanings of Kinship and Individuality in Discourses of Genetic Counseling »: 125-138 in L. Stone (ed) *New Directions in Anthropological Kinship*, Lanham, Rowman & Littlefield.

ALAMI S., D. DESJEUX et I. GARABUAU-MOUSSAOUI, 2009, *Les méthodes qualitatives* (collection *Que sais-je?*), Paris, Presses Universitaires de France.

ALTSTEIN H. et R. MCROY, 2000, *Does Family Preservation Serve a Child's Best Interests?*, Washington D.C., Georgetown University Press.

AUMERCIER S., 2007, « Naître d'une idée : la grossesse naturalisée », *Recherches familiales*. Dossier thématique : *La filiation recomposée : origines biologiques, parenté et parentalité*, No. 4, p. 89-97.

ANAGNOST A., 2000, "Scenes of Misrecognition: Maternal Citizenship in the Age of Transnational Adoption" *Positions*, 8 (2): 389-421.

ATLAN H., 2005, *L'utérus artificiel*, Paris, Éditions du Seuil.

AUGÉ M., 1989, « L'autre proche » : 19-33 dans M. Segalen (dir), *L'autre et le semblable*, Paris : Presses du CNRS.

BAKER R., 2000, *Sex in the Future: The Reproductive Revolution and how it will Change us*, New York, Arcade Pub.

BALEN F.V. et M.C. INHORN, 2002, "Introduction. Interpreting Infertility: A View from the Social Sciences": 3-32 in M. C. Inhorn et F. V. Balen (eds) *Infertility Around the Globe. New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*, Berkeley: University of California Press.

BARDIN L., 2007, *L'analyse de contenu*, Paris : Presses Universitaires de France.

BARRY L., 2008, *La parenté*, Paris : Gallimard. Folio Essais.

-----, 2002, « Enseigner la parenté », *Gradhiva*, 32 : 71-76.

BAUDOIN J.-L. et C. LABRUSSE-RIOU, 1987, *Produire l'Homme: de quel droit?*, Paris, Presses universitaires de France.

BAUDRY P. et H.-P. JEUDY, 2001, *Le deuil impossible*, coll. "Fenêtres sur la mort", Paris: Éditions Eshel.

BAZELEY P. et L. RICHARDS, 2000, *The N'VIVO Qualitative Project Book*. London: Sage

BECKER G., 2000, *The Elusive Embryo : How Men and Women Approach New Reproductive Technologies*. Berkeley: University of California Press.

BELLEAU H., 2004, "Être parent aujourd'hui: la construction du lien de filiation dans l'univers symbolique de la parenté", *Enfances, familles, générations*, Regards sur la parenté d'aujourd'hui, No 1: 16-25.

-----, 2000. « L'usage des photographies de famille dans l'élaboration de l'identité des enfants adoptés à l'étranger » in *Parents de sang, Parents adoptifs. Approches juridiques et anthropologiques de l'adoption*, A. Fine et C. Neirinck (dir.), France : Droit et société, Maison des Sciences de l'Homme.

BERTAUX D., 1997, *Les récits de vie*. Paris, Éditions Nathan.

BESTARD J., 2004, « Kinship and the New Genetics : The Changing Meaning of Biogenetic Substance », *Social Anthropology*, 12 (3): 253-263.

BESTARD J. et G. OROBITG, 2009, « Le paradoxe du don anonyme. Significations des dons d'ovules dans les procréations médicalement assistées » : 277-301 in Porquieres i Gené (ed), *Défis contemporains de la parenté*, Paris, École des hautes études en sciences sociales.

BIRENBAUM-CARMELI D. et M. C. INHORN, 2008, « Assisted Reproductive Technologies and Culture Change », *Annual Review of Anthropology*, Vol 37: 177-196.

BLUEBOND-LANGNER M. et J. E. KORBIN, 2007, « Challenges and Opportunities in the Anthropology of Childhoods : An Introduction to "Children, Childhoods, and Childhood Studies" », *American Anthropologist*, Vol. 109 : 241-246.

BODENHORN B., 2000, " 'He Used to be my Relative': Exploring the Bases of Relatedness Among Inupiat of Northern Alaska": 128-148 in *Cultures of relatedness*, New York, Cambridge University Press.

BOISSON M., 2008, « Petit lexique contemporain de la parentalité. Réflexions sur les termes relatifs à la famille et leurs usages sociaux », *Informations sociales*, No 145 (5) : 8-15.

BOLTANSKI L., 2004, *La condition fœtale : une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*. Paris, Gallimard.

BONACCORSO M., 2004, « Making Connections : Family and Relatedness in Clinics of Assisted Conception in Italy », *Modern Italy*, No.9 (1) : 59-68.

BONTE P. et M. IZARD (dir), 2004 [1991], *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie* (3<sup>ième</sup> édition), Paris, Presses Universitaires de France.

BOURDIEU P., 1996, *Raisons pratiques : sur la théorie de l'action*, Paris, Éditions du Seuil.

-----, 1993 « À propos de la famille comme catégorie réalisée », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 100, No 1. p. 32-36.

BOWIE F., 2004 « Adoption and the Circulation of Children : a Comparative Perspective » : 3-20 in F. Bowie (ed) *Cross-Cultural Approaches to Adoption*, London/New York, Routledge.

BRADY I.A.(ed), 1976, *Transactions in Kinship: Adoption and Fosterage in Oceania*, Honolulu, University of Hawaii Press.

BRIGGS L., 2003, “Mother, Child, Race, Nation: The Visual Iconography of Rescue and the Politics of Transnational and Transracial Adoption”, *Gender & History*, Vol. 15, 2: 179-200.

BRINGER J. D., L.HALLEY JOHNSON et C. H. BRACKENRIDGE, 2006, “Using Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software to Develop a Grounded Theory Project”, *Field Methods*, 18: 245-266.

BRINICH P. M., 1990, « Adoption from the Inside Out : A Psychoanalytic Perspective » : 42-61 in D. M. Brodzinsky et M. D. Schechter (eds), *The Psychology of Adoption*, New York / Oxford : Oxford University Press.

CADOLLE S., 2007, « Allons-nous vers une pluriparentalité? L'exemple des configurations familiales recomposées », *Recherches familiales*. Dossier thématique : *La filiation recomposée : origines biologiques, parenté et parentalité*, Numéro 4, p.13-24.

CADORE B., 1996, « L'éthique interrogée par le droit à propos des greffes de filiation » : 1-8 in *Les filiations par greffe. Adoption et procréation médicalement assistée*, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence.

CADORET A., 2000, « La parenté aujourd'hui : agencement de la filiation et de l'alliance », *Sociétés contemporaines*, No 38 : 5-20.

-----, 2001-a, « Placement d'enfants et appartenance familiale : une pluriparentalité nécessaire » : 95-112 in D. Le Gall et Y. Bettahar (dir), *La pluriparentalité*, Paris, Presses Universitaires de France.

-----, 2001-b, « Le bricolage de la parenté » : 265-280 in F. De Singly et S. Mesure (dir), *Comprendre le lien familial*, Paris, Presses Universitaires de France.

-----, 2006, « Le champ de la parenté aujourd'hui », *Cités*, No 28 (4) : 49-59.

-----, 2009, « Les “faiseurs de parenté”. Un organisme autorisé pour l'adoption », *Anthropologie et Sociétés*, 33(1) : 171-181.

CAILLEAU F., 2005, « Le désir d'enfant à l'épreuve du deuil », *Cahiers de psychologie clinique*, No 24 (1) : 143-161.

CANADA - COMMISSION ROYALE SUR LES NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION, 1993, *Un visage à prendre en douceur : Rapport final de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction*, Ottawa : La Commission.

CARP E. W., 1998, *Family Matter: Secrecy and Disclosure in the History of Adoption*. Cambridge, Havard University Press.

CARROLL V.,(ed), 1970 *Adoption in Eastern Oceania*, Honolulu, University Press of Hawaii.

CARSTEN J., 1995, "The Substance of Kinship and the Heat of the Hearth: Feeding, Personhood and Relatedness among Malays in Pulau Langkawi", *American Ethnologist*, 22: 223-241.

-----, 2000-a, *Cultures of relatedness*, New York, Cambridge University Press.

-----, 2000-b. "Knowing where you've come from: Ruptures and continuities of time and kinship in narratives of adoption reunions", *Journal of the Royal Anthropological Institute* 6(4):687-703.

-----, 2004, *After Kinship*, New York, Cambridge University Press.

-----, 2007. "Constitutive Knowledge: Tracing Trajectories of Information in New Contexts of Relatedness." In *Anthropological Quarterly*, 80 (2): 403-426.

CASTELLI M.D. et D. GOUBAU, 2005, *Le droit de la famille au Québec*, 5<sup>ième</sup> édition, Québec, Presses de l'Université Laval.

CEPAITIENE A., 2009, « Children, Individuality, Family. Discussing Assisted Reproductive Technologies and Adoption in Lithuania » : 208-222 in D. Marre et L. Briggs (eds) *International Adoption. Global Inequalities and the Circulation of Children*, London / New York : New York University Press.

CHARMAZ K., 2006, *Constructing Grounded Theory : A Pratical Guide Through Qualitative Analysis*, London: Sage Publications.

CHARTON L., 2009, « Le temps de la maternité : entre choix et organisations » : 9-32 dans L. Charton et J. Lévy (dir.), *Génération et cycles de vie. Au carrefour des temps biologiques et psychosociaux*, Montréal, PUQ.

-----, 2009, « Temps biologique, temps social. Pour une renaissance du concept de "biosociologie du temps" » : 211-231 dans L. Charton et J. Lévy (dir.), *Génération et cycles de vie. Au carrefour des temps biologiques et psychosociaux*, Montréal, PUQ.

CHATEAUNEUF D. et F.-R. OUELLETTE, 2010, « Réforme de la loi sur l'adoption au Québec : survol de la situation et résumé des positions », *Bulletin de liaison - Partenariat familles en mouvance et dynamiques intergénérationnelles*, Vol 10 (1) : 1-5.



CHEROT N., 2009, "Storytelling and Ethnographic Intersections: Vietnamese Adoptees and Rescue Narratives", *Qualitative Inquiry*, Vol 15, 1: 113-148.

CHEVRIER J., 1992, « La spécification de la problématique » : 49-78 in B. Gauthier (dir), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. Ste-Foy, Presses de l'Université du Québec.

CHICOINE J.-F., P.GERMAIN ET J. LEMIEUX, 2003, *L'enfant adopté dans le monde (en quinze chapitres et demi)*. Montréal : La Collection de l'Hôpital Sainte-Justine pour les parents.

CLAPIER-VALLADON, S. et J. POIRIER, 1984, «La collecte du récit biographique», 65-74 in JOBERT, Guy (dir), *Les histoires de vie entre la recherche et la formation*, mars, No. 72-73, Toulouse, Éditions Erès.

CLARKE M., 2007, "Closeness in the Age of Mechanical Reproduction: Debating Kinship and Biomedicine in Lebanon and the Middle East", *Anthropological Quarterly*, 80 (2) : 379-402.

CLIFFORD J. et G. E. MARCUS, 1986, *Writing Culture : The Poetics and Politics of Ethnography*. Berkeley: University of California Press.

COHEN P., 2002, « Le chercheur et son double. À propos d'une recherche sur le vécu des jeunes de la Réunion face au SIDA » in C. Ghasarian, *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive : Nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*, Paris, Armand Colin, p. 73-90.

COLLARD C., 1996, "Nouer et dénouer le cordon ombilical: illégitimité et adoption au Québec", *Gradhiva*, 19: 53-62.

-----, 2000, « Kinship Studies au tournant du siècle », *L'Homme*, 154-155, p.635-658.

-----, 2005-a, « Les adoptions internationales d'un enfant apparenté au Québec » : 121-140 in F.-R. Ouellette, R. Joyal et R. Hurtubise (dir), *Familles en mouvance : quels enjeux éthiques?*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval.

-----, 2005-b. "Triste terrain de jeu : À propos de l'adoption internationale. », *Gradhiva*, 1 : 209-224.

-----, 2005-c, "Les nouvelles mises en forme de la filiation et de la mémoire généalogique au Québec": 135-156 in E.-M. Meunier et J. Y. Thériault (dir), *Les impasses de la mémoire. Histoire, filiation, nation et religion*, Montréal, Éditions Fides.

COLLARD C., C. LAVALLÉE et F.-R. OUELLETTE, 2006, « Quelques enjeux normatifs des nouvelles réalités de l'adoption internationale », *Enfances, familles, générations*, Numéro 5, Conseil de développement de la recherche sur la famille du Québec (CDRFQ).

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, 2010 (mai), *Commentaires sur la réglementation entourant les activités de procréation assistée*, Québec : Le Conseil, 25 pages.

- COONTZ S., 2000, « Historical Perspectives on Family Studies », *Journal of Marriage and the Family*, Vol 62 (2): 283-297.
- COOPER D., 1972, *Mort de la famille*. Paris, Éditions Le Seuil.
- CORBIER M. (dir), 1999. *Adoption et fosterage*. Paris : De Boccard.
- CRESSWELL J. W., 1994, « A Framework for the Study »: 1-19 in *Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches*. London, Sage Publications.
- CUNIN E et V. A. HERNANDEZ, 2007, « De l'anthropologie de l'autre à la reconnaissance d'une autre anthropologie », *Journal des anthropologues*, n° 110-111.
- CUSSINS C., 1997, « Producing Reproduction : Techniques of Normalization in Infertility Clinics » : 66-101 in S. Franklin et H. Ragoné (eds), *Reproducing Reproduction : Kinship, Power and Technological Innovation*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- DAGENAIS D., 2000, *La fin de la famille moderne*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- , 2005, « La famille est-elle une pure construction sociale? Réflexion sur le caractère anthropologique du fait familial » : 157-177 in E.-M. Meunier et J. Y. Thériault (dir), *Les impasses de la mémoire. Histoire, filiation, nation et religion*, Montréal, Éditions Fides.
- DAGOGNET F., 2003, « La procréation dans tous ces états. Nouvelles problématiques, nouveaux enjeux », *Informations sociales*, No 107 (Désir d'enfant) : 4-11.
- DANDURAND R. B. et R. HURTUBISE, 2008, « Scène de transition de la vie conjugale. Présentation du numéro », *Enfances, Familles, Générations*, No 9 (automne).
- DANILUK J. C., 2001. "If We Had It to Do Over Again...": Couples' Reflections on Their Experiences of Infertility Treatments", *Family Journal* 9(2):122-133.
- DAUDELIN G., 1991, *Perceptions et vécu de l'infertilité chez des femmes : des attentes sociales aux pratiques*, Thèse de doctorat, Université de Montréal, Département de sociologie.
- , 2002, "Entre le ventre et la tête : les déplacements du sens de la procréation dans l'espace des nouvelles techniques de reproduction » : 359-380 dans F. Descarries et C. Corbeil, *Espaces et temps de la maternité*, Montréal, Éditions du Remue-Ménage.
- DAYAN J. et C. TROUVÉ, 2004, « Désir d'enfant et PMA : quelques aspects sociologiques », *Spirale*. Vol. 4, No 32.
- DE BLOIS E., 2008, « Le rôle de l'évaluateur en adoption internationale », *Colloque sur l'évaluation psychosociale à l'adoption internationale*, Centre Jeunesse de Montréal : 3 octobre 2008.

DÉCHAUX J.-H., 1997, *Le souvenir des morts. Essai sur le lien de filiation*. Paris, Presses Universitaires de France.

-----, 2001, « Un nouvel âge du mourir : la mort en soi », *Recherches sociologiques*, Vol 32 (2) : 79-100.

DEKEUWER-DÉFOSSEZ F., 2006, *Les droits de l'enfant*, (Coll. Que sais-je?), Paris, Presses Universitaires de France.

DE LACEY S. et M. SANDELOWSKI, 2002, "The Uses of a "Disease": Infertility as Rhetorical Vehicle": 33-51 in M. C. Inhorn et F. V. Balen (eds) *Infertility Around the Globe. New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*. Berkeley: University of California Press.

DELAISI DE PARSEVAL G., 2001-a, « Le lien familial (parental) est-il toujours divisible? » : 253-264 in F. De Singly et S. Mesure (dir), *Comprendre le lien familial*. Paris, Presses Universitaires de France.

-----, 2001-b, « La pluriparentalité occultée : psychodynamique de la parentalité dans les cas d'aide médicale à la procréation avec dons de gamètes » : 113-123 in D. Le Gall et Y. Bettahar (dir), *La pluriparentalité*, Paris, Presses Universitaires de France.

-----, 2002, « Le secret des origines » : 273-279 in *Familles. Permanence et métamorphoses*, Auxerre Cedex, Éditions Sciences Humaines.

-----, 2008-a, *Famille à tout prix*. Paris : Editions du Seuil.

-----, 2008-b, « L'art d'accommoder les parents », *Informations sociales*, No 149 (5) : 108-113.

DELAISI DE PARSEVAL G. et C. COLLARD, 2007, « La gestation pour autrui : une remise en question des représentations de la paternité et de la maternité euro-américaines », *L'Homme*, No 183, p. 29-54.

DELAISI DE PARSEVAL G. et P. VERDIER, 1994, *Enfant de personne*, Paris, Éditions O. Jacob.

DELANNOY C., 2004, *Au risque de l'adoption. Une vie à construire ensemble*, Paris : Éditions La Découverte.

DELIÈGE R., 2005, *Anthropologie de la parenté et de la famille*. Paris, Éditions Armand Colin.

DE LA ROCHEBROCHARD Elise, et al., 2006 « Fathers Over 40 and Increased Failure to Conceive: The Lessons of In Vitro Fertilization in France », *Fertility and Sterility*, Vol. 85 (5) : 1420-1424.

- DELORY-MOMBERGER, Christine, 2000, *Les histoires de vie : de l'invention de soi au projet de formation*, Paris, Ed. Anthropos.
- DE QUEIROZ J.-M., 2004, « L'enfant "au centre" ? » : 113-124 in F. de Singly (dir), *Enfants, adultes. Vers une égalité de statuts?*, Paris, Universalis.
- DESVEAUX E., 2002. « La consanguinité : Horizon indépassable de la raison parentaire? » *Homme*, 164:105-124.
- DOLGIN J., 1997, *Defining the Family : Law, Technology and Reproduction in an Uneasy Age*, New York : New York University Press.
- , 2000, "Choice, Tradition and the New Genetics : The Fragmentation of the Ideology of Family" , *Connecticut Law Review*, No 32 : 523-566.
- DONATI P., 2003, « La non-procréation : un écart à la norme », *Informations sociales*, No 107 (Désir d'enfant) :44-51.
- DROZ Y. (dir), 2003, *La violence et les morts : éclairage anthropologique sur les rites funéraires*, Genève : Georg.
- DUBOC M., 2008, "L'adoption et après? La mise en place du lien adoptif", *Informations sociales*, No 146 (2) : 104-113.
- DUMONT L., 1971, *Introduction à deux théories d'anthropologie : groupes de filiation et alliance de mariage*, Paris, Éditions Mouton.
- EDWARDS J., 2009, « La vie sociale du sang et des gènes » : 304-326 in Porqueres i Gené (ed), *Défis contemporains de la parenté*, Paris : École des hautes études en sciences sociales.
- EDWARDS J. et M. STRATHERN, 2000, « Including Our Own »: 149-166 in J. Carsten (ed) *Cultures of Relatedness: New Approaches to the Study of Kinship*, Cambridge, Cambridge University Press.
- EDWARDS J. et C. SALAZAR (eds), 2009, *European Kinship in the Age of Biotechnology*, Oxford : Berghahn Books.
- EIDELIMAN J-S., 2007, « Les anthropologues et l'idéologie du sang », *Informations sociales*, No 139 (3) : 66-77.
- ENSELLEM C., 2007, « Accouchement sous X et assistance médicale à la procréation avec donneur », *Recherches familiales* (Dossier thématique : *La filiation recomposée : origines biologiques, parenté et parentalité*), Numéro 4, p111-122.
- EPELBOIN S., 2001, « Impossibilité de concevoir », *Études sur la mort*, No. 119 (1) : 101-109.

- ETTORRE E., 2005, "The Sociology of the New Genetics: Conceptualizing the Links between Reproduction, Gender and Bodies": 107-120 in R. Bunton et A. Peterson (eds), *Genetic Gouvernance*. London – New York, Routledge.
- FABIAN, J., 1983, *Time and the Other*. New York, Colombia University Press, p.25-35.
- , 2001, « Remembering the Other : Knowledge and Recognition » : p.158-178 in *Anthropology With an Attitude*, Standford University Press.
- FASSIN E., 2000. « Usages de la science et science des usages. À propos des familles homoparentales », *L'Homme*, 154-155 : 391-408.
- , 2002. « La nature de la maternité : pour une anthropologie de la reproduction » *Journal des Anthropologues*, 88-89:103-122.
- FAVART E., 2006, « La transmission familiale : s'appropriier le passé familial entre frères et sœurs », *Pensée Plurielle*, No 11 (1) : 83-89.
- FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES, 2006, *La procréation assistée : comment y voir clair ?*, Montréal, 41p.
- FINE A., 1994, *Parrains, marraines. La parenté spirituelle en Europe*. Paris, Fayard.
- , 1998, « Introduction » : 1-15 in A. Fine (dir), *Adoptions. Ethnologie des parentés choisies*, Paris, Éditions de la maison des sciences de l'homme.
- , 2000-a, « Introduction » : 5-19 in A. Fine et C. Neirinck (dir) *Parents de sang, parents adoptifs. Approches juridiques et anthropologiques de l'adoption*. Paris, « Droits et Sociétés » : Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence.
- , 2000-b, « Les albums de naissance » : 59-82 dans A. Fine et al., *L'enfant a-t-il droit à son histoire?*, Paris, Éditions Érès.
- , 2001, « Pluriparentalité et système de filiation dans les sociétés occidentales » : 69-94 in D. Le Gall et Y. Bettahar (dir), *La pluriparentalité*, Paris, Presses Universitaires de France.
- , 2002, « Parenté : liens de sang et liens de cœur » : 69-76 in *Familles. Permanence et métamorphoses*, Auxerre Cedex, Éditions Sciences Humaines.
- , 2005, « Problèmes éthiques posés par l'adoption plénière » : 141-154 in F.-R. Ouellette, R. Joyal et R. Hurtubise (dir), *Familles en mouvance : quels enjeux éthiques?*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval.
- , 2008, « Regard anthropologique et historique sur l'adoption. Des sociétés lointaines aux formes contemporaines », *Informations sociales*, No 146 (2) : 8-19.

FINE A. et A. MARTIAL, 2010, « Vers une naturalisation de la filiation ? », *Genèses*, No. 78 : 121-134.

FINE A. et F.-R. OUELLETTE, 2005, « Introduction. La révolution du nom dans les sociétés occidentales contemporaines » : 13-43 in A. Fine et F.-R. Ouellette (dir), *Le nom dans les sociétés occidentales contemporaines*, Collection Anthropologiques, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail.

FINKLER K., 2000, *Experiencing the New Genetics: Family and Kinship on the Medical Frontier*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.

-----, 2001. "The Kin in the Gene: The Medicalization of Family and Kinship in American Society." *Current Anthropology*, 42(2):235-263.

FLAVIGNY C., 2009, *Avis de tempête sur la famille*. Paris : Michel Albin.

FONSECA C., 2000, « La circulation des enfants pauvres au Brésil », *Anthropologie et Sociétés*, vol.24, no 3 : 53-73.

FORTIER C., 2009, « Quand la ressemblance fait la parenté » : 251-276 in Porquieres i Gené (ed), *Défis contemporains de la parenté*, Paris : École des hautes études en sciences sociales.

FORUM INTERNATIONAL SUR LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE LA REPRODUCTION, 1988, *Sortir la maternité du laboratoire : actes du forum international sur les nouvelles technologies de la reproduction organisé par le Conseil du statut de la femme et tenu à Montréal les 29, 30 et 31 octobre 1987 à l'Université Concordia*, Québec : Le Conseil.

FOSSIER T., 2008, "Un droit de la famille centré sur la parentalité", *Informations sociales*, No 145 (5) : 32-38.

FRANKLIN S., 1997, "Making Miracles: Scientific Progress and the Facts of Life": 102-117 in S. Franklin et H. Ragoné (eds), *Reproducing Reproduction : Kinship, Power and Technological Innovation*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.

-----, 1999, "Making Representations: The Parliamentary Debate on the Human Fertilisation and Embryology Act" in J. Edwards et al, *Technologies of Procreation. Kinship in the age of assisted conception*, London / New York, Routledge.

-----, 2001, "Biologization Revisited: Kinship Theory in the Context of the New Biologies": 302-325 in S. Franklin et S. McKinnon (eds) *Relative Values : Reconfiguring Kinship Studies*, Durham/London, Duke University Press.

-----, 2003, "Re-Thinking Nature-Culture: Anthropology and the New Genetics", *Anthropological Theory*, 3(1):65-85.

FRANKLIN S. et S. MCKINNON, 2001, « Introduction » : 1-25 in S. Franklin et S. McKinnon (eds) *Relative Values : Reconfiguring Kinship Studies*, Durham/London, Duke University Press.

FRANKLIN S. et H. RAGONÉ (eds), 1997, *Reproducing Reproduction. Kinship, Power and Technological Innovation*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.

FREEMAN T. et M. RICHARDS, 2006, "DNA Testing and Kinship: Paternity, Genealogy and the Search for the 'Truth' of our Genetics Origins": 67-95 in F. Ebtehaj, B. Lindley et M. Richards (eds), *Kinship Matters*, Oxford / Portland, Hart Publishing.

FURKEL F., 1996, « Le droit de l'enfant à connaître ses origines » : 55-67 in *Les filiations par greffe. Adoption et procréation médicalement assistée*, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence.

GAILLE M., 2008, « De l'enfant projeté à l'enfant né : la famille, un lieu de représentations normatives dans l'accompagnement médical de la procréation » *Corpus. Revue de philosophie*, No. 54 (Médecine et anthropologie): 93-116.

GAVARINI L., 2001, *La passion de l'enfant. Filiation, procréation et éducation à l'aube du XXIème siècle*, Paris, Éditions Denoël.

-----, 2002-a, « La production d'un nouvel imaginaire scientifico-biologique », *Journal des anthropologues*, mai; 88-89 : 79-103.

-----, [Entretien avec] 2002-b, « Les enfants du désir », *Relations*, Sept, No 681, p.19-23.

-----, 2005, « Les configurations familiales : objet sociologique, dispositif psychique et point de friction éthique » : 41-65 in F.-R. Ouellette, R. Joyal et R. Hurtubise (dir), *Familles en mouvance : quels enjeux éthiques?*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval.

GEERTZ C., 1973, *The Interpretation of Cultures : Selected Essays*, New York : Basic Books.

-----, 1983, *Local Knowledge : Further Essays in Interpretive Anthropology*, New York : Basic Books.

GELLNER E., 1960, "The Concept of Kinship", *Philosophy of Science*, No 27, p.187-204.

GEORGE L., 2001, "Like Family to Me: Families of Origin, Families of Choice, and Class Mobility": 215-233 in J.D. Faubion (ed), *The Ethics of Kinship. Ethnographic Inquiries*, Lanham, Rowman & Littlefield Publishers.

GEORGE L., 1993, « Sociological Perspectives on Life Transitions », *Annual Review of Sociology*, No 19 : 353-373.

GERSHON I., 2003, « Knowing Adoption and Adoption Knowledge », *American Ethnologist*, Vol. 30 (3): 439-446.

GHASARIAN C., 1995, « L'anthropologie face aux nouveaux modes de reproduction », *Journal des Anthropologues*, 60: 87-94.

-----, 1996, *Introduction à l'étude de la parenté*, Paris, Éditions du Seuil.

-----, 2002, « Sur les chemins de l'ethnographie réflexive » : 1-33 dans Ghasarian (dir) *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive : nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*, Paris : Armand Colin.

GIROUX M., 2009, « Le droit fondamental de connaître ses origines biologiques » : 355-390 dans T. Collins et al. (eds), *Droits de l'enfant. Actes de la Conférence internationale / Ottawa 2007*, Montréal, Wilson & Lafleur.

GLASER B. G., 1978, *Theoretical Sensitivity : Advances in the Methodology of Grounded Theory*, Mill Valley, California : Sociology Press.

GLASER B. G. and A. L. STRAUSS, 1967. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine de Gruyter.

GOBARIAU P., 2002, « Point de vue sur le point de vue. Les enjeux sociaux du discours ethnologique : l'exemple des sans logis » in C. Ghasarian (dir), *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive : Nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*, Paris, Armand Colin, p. 103-115.

GODELIER M., 2004, *Métamorphoses de la parenté*, Paris, Éditions Fayard.

GODELIER M. et L. MINGASSON, 2006, « Actualité de la parenté. Dans une perspective anthropologique », *Informations sociales*, No 131 (3) : 22-28.

GOODY E., 1982, *Parenthood and Social Reproduction : Fostering and Occupational Roles in West Africa*, Cambridge, Cambridge University Press.

GOODY J., 1969, « Adoption in Cross-Cultural Perspective », *Comparative Studies in Society and History*, XI, 1: 55-78.

-----, 2001, *La famille en Europe*, Paris, Éditions du Seuil.

GOUBAU D., 2000, « “Open Adoption” au Canada » : 63-86 in A. Fine et C. Neirinck (dir) *Parents de sang, parents adoptifs*. Paris, coll. « Droits et Sociétés » : Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence.

GOUBAU D. et C. O'NEILL, 2002, « L'adoption, l'Église et l'État. Les origines tumultueuses d'une institution légale » dans R. Joyal (dir), *L'évolution de la protection de l'enfance au Québec. Des origines à nos jours*. Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.

GOUBAU D. et F. R. OUELLETTE, 2006, « L'adoption et le difficile équilibre des droits et des intérêts : le cas du programme québécois de la “Banque mixte” », *Revue de droit de McGill*, No 51 (1).



- GOUIRIR M., 1998, « L'observatrice, indigène ou invitée? Enquêter dans un univers familial », *Genèses*, Vol 32 (1) : 110-126.
- GREIL A. L., 2002, "Infertile Bodies: Medicalization, Metaphor, and Agency": 101-118 in M. C. Inhorn et F. V. Balen (eds) *Infertility Around the Globe. New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*, Berkeley: University of California Press.
- GUEST G., A. BUNCE et L. JOHNSON, 2006, « How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability », *Field Methods*, 18: 59-82.
- GUETNY J.-P. et KAREH TAGER D., 2001, *La mort, ses gestes, ses rites : guide pratique religion par religion*, Paris : Actualité des religions.
- GULLESTAD M, M. LIEN et M. MELHUUS, 2009, « Anthropologie "chez soi" et anthropologie "chez l'autre". Une distinction à dépasser », *Ethnologie Française*, vol 39 (2) : 206-215.
- GUPTA J. A. 2006. "Towards Transnational Feminisms: Some Reflections and Concerns in Relation to the Globalization of Reproductive Technologies", *The European Journal of Women's Studies*, 13(1): 23-38.
- HABERMAS J., 2002, *Vers un eugénisme libéral?*, Paris, Gallimard.
- HAMAD N., 2004, « Qu'est-ce qui fait famille? L'exemple de l'adoption » : 29-39 in N. Hamad et J.-C. Aguerre, *L'adoption*, collection "La Clinique Lacanienne", France : Éditions Erès.
- HANDWERKER L., 2002, « The Politics of Making Modern Babies in China : Reproductive Technologies and the New Eugenics »: 298-314 in M. C. Inhorn et F. V. Balen (eds) *Infertility Around the Globe. New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*, Berkeley: University of California Press.
- HARGREAVES K., 2006, "Constructing Families and Kinship Through Donor Insemination", *Sociology of Health and Illness*, 28, p.261.
- HART K., 2004, « What Anthropologist Really Do? », *Anthropology Today*, Vol. 20, 1: 3-5.
- HASTRUP K., 1995, *A Passage to Anthropology: Between Experience and Theory*. London: Routledge.
- HAUSER J., 1996, « Adoption ou procréation médicalement assistée : les termes de l'alternative » : 13-32 in *Les filiations par greffe. Adoption et procréation médicalement assistée*, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence.
- HAYDEN C. P., 1995 [2004], "Gender, Genetics and Generation : Reformulating Biology in Lesbian Kinship": 378-390 in R. Parkin and L. Stone (eds), *Kinship and Family. An Anthropological Reader*, Blackwell Publishing.

- HÉRITIER F., 1981, *L'exercice de la parenté*, Paris : Gallimard-Le Seuil.
- , 1985, « La cuisse de Jupiter », *L'Homme*, 94 : 5-22.
- HÉRITIER AUGÉ F., 1989, « De l'engendrement à la filiation, approche anthropologique », *Topique : Quels droits pour la psyché*, No 44 : 173-103.
- HOLY L., 1996, *Anthropological Perspectives on Kinship*, Pluto Press, London.
- HOMANS M., 2007, "Origins, Searches, and Identity: Narratives of Adoption from China", *Contemporary Women's Writing*, 1, 1-2: 59-79.
- HOWELL S., 2001, "Self-Conscious Kinship: Some Contested Values in Norwegian Transnational Adoption": 203-223 in S. Franklin et S. McKinnon (eds) *Relative Values : Reconfiguring Kinship Studies*, Durham/London, Duke University Press.
- , 2003, "Kinning: The Creation of Life Trajectories in Transnational Adoptive Families", *Journal of the Royal Anthropological Institute*, Vol 9(3): 465-484.
- , 2006, *The Kinning of Foreigners. Transnational Adoption in a Global Perspective*. New York/Oxford : Berghahn Books.
- , 2009, « Return Journeys and the Search for Roots. Contradictory Values Concerning Identity » : 69-86 in D. Marre et L. Briggs (eds) *International Adoption. Global Inequalities and the Circulation of Children*, London / New York : New York University Press.
- HOWELL S et D. MARRE, 2009, « Discours sur la destinée et adoption internationale » : 197-222 in Porqueres i Gené (ed), *Défis contemporains de la parenté*, Paris : École des hautes études en sciences sociales.
- INGOLDSBY B. B., 1995, "The Family in Western History": 36-58 in B. B. Ingoldsby et S. Smith (eds), *Families in Multicultural Perspective*, New York, The Guilford Press.
- INHORN M.C. 2003, *Local Babies, Global Science: Gender, Religion, and In Vitro Fertilization in Egypt*. New York: Routledge.
- INHORN M. C. et F. VAN BALEN (eds), 2002, *Infertility Around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender and Reproductive Technologies*. Berkeley: University of California Press.
- IQBAL N. et B. SIMPSON, 2006, "Kinship, Infertility and New Reproductive Technologies: A British Pakistani Muslim Perspective": 275-291 in F. Ebtehaj, B. Lindley et M. Richards (eds), *Kinship Matters*, Oxford / Portland, Hart Publishing.
- JACKSON, M., 1996, *Things as They are*, Bloomington, Indiana University Press.
- JOHNSON J. C., 1998. "Research Design and Research Strategies": 131-172 in H. R. Bernard (ed) *Handbook of Methods in Cultural Anthropology*. Walnut Creek, CA: AltaMira.

JONAS H., 2005, « Les droits, le droit et l'éthique : quelle réponse apportent-ils aux propositions des nouvelles technologies de procréation? » in *Évolution et liberté*, Paris, Rivages Poche.

JORDANA H., 2000, « L'importance d'avoir une histoire »: 83-100 dans A. Fine et al., *L'enfant a-t-il droit à son histoire?*, Paris, Éditions Érès.

JOUANNET P., 2004, « La procréation dans tous ses états » : 57-114 in P. Jouannet et V. Nahoum-Grappe (dir) *Histoires de sexe et désir d'enfant*, Paris, Éditions Le Pommier.

JOYAL R., 2006, « Parenté, parentalité et filiation. Des questions cruciales pour l'avenir de nos enfants et de nos sociétés », *Enfances, familles, générations*, Numéro 5, Conseil de développement de la recherche sur la famille du Québec (CDRFQ).

KAHN S. M., 2000, *Reproducing Jews: A Cultural Account of Assisted Conception in Israël*, Durham, NC and London, Duke University Press.

KARPEL L. et al., 2007, « Parler d'adoption en AMP », *Gynécologie Obstétrique & fertilité*, vol. 35 : 232-239.

KATZ ROTHMAN B., 2006, "Adoption and the Culture of Genetic Determinism": 19-29 in K. Weegar (ed), *Adoptive Families in a Diverse Society*, New Brunswick/ New Jersey, Rutgers University Press.

KILANI M., 1994, *L'invention de l'autre. Essais sur le discours anthropologique*. Lausanne, Éditions Payot.

KIM E., 2007, "Our Adoptee, Our Alien: Transnational Adoptees as Specters of Foreignness and Family in South Korea" *Anthropological Quarterly*, 80, 2: 497-531.

KIROUACK M.-C., 2005, « Le projet parental et les nouvelles règles relatives à la filiation : une avancée ou un recul quant à la stabilité de la filiation? », *Développements récents en droit familial*. Cowansville : les éditions Yvon Blais.

KONRAD M., 2003, « From Secrets of Life to the Life of Secrets: Tracing Genetic Knowledge as Genealogical Knowledge in Biomedical Britain, *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 9 : 339-358.

KUBLER-ROSS E., 2009, *Sur le chagrin et le deuil : trouver un sens à sa peine à travers les cinq étapes du deuil*, Paris : Lattès.

LACOMBE D., 2006, « Les entretiens psychologiques dans la procréation d'agrément » : 79-90 in J.-L. LeRun, A. Leblanc et I. Cluet (dir), *L'enfant dans l'adoption*, Collection Enfances & Psy, Paris : Éditions Érès.

LAFOND F., 1997, *L'adoption*, Les Éditions Milan, Toulouse.

LALLEMAND S., 1993, *La circulation des enfants en société traditionnelle : prêt, don, échange*, Paris, L'Harmattan.

-----, 2004, « Mes mères et mes pères. Rapports entre filiation, terme de parenté et adoption-fostorage » : 299-321 in I. Leblic (dir), *De l'adoption. Des pratiques de filiation différentes*, collection Anthropologie, Clermont-Ferrand, Presses universitaires Blaise Pascal.

LAMONT M. et V. MOLNAR, 2002, « The Study of Boundaries in the Social Sciences », *Annual Review of Sociology*, vol. 28 : 167-105.

LAPERRIÈRE A., 1997, « La théorisation ancrée (*grounded theory*) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées » : 309-331 in J. Poupart et al, *La recherche qualitative. Enjeux éttémologiques et méthodologiques*, Montréal : Gaëtan Morin.

LASVERGNAS I., 2003, « D'où nous vient cet étrange désir d'enfant », *Informations sociales*, No 107 (Désir d'enfant) : 102-115.

LAVALLÉE C., 2005-a, *L'enfant, ses familles et les institutions de l'adoption : Regard sur le droit français et le droit québécois*, Montréal, Wilson & Lafleur.

-----, 2005-b, « Éthique et droit en matière d'adoption » : 209-224 in F.-R. Ouellette, R. Joyal et R. Hurtubise (dir), *Familles en mouvance : quels enjeux éthiques?*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval.

LEACH E., 1961, *Rethinking Anthropology*, University of London (London) : Athlone Press.

LEBLIC I., 2004, « Présentation de l'ouvrage. Parenté et adoption » : 11-26 in I. Leblic (dir), *De l'adoption. Des pratiques de filiation différentes*, collection Anthropologie, Clermont-Ferrand, Presses universitaires Blaise Pascal.

LEBNER A., 2000, "Genetic 'Myteries' and International Adoption: The Cultural Impact of Biomedical Technologies on the Adoptive Family Experience", *Family Relations*, 49: 371-377

LE BRETON D., 2005 [1<sup>ère</sup> édition : 1990], *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, Presses Universitaires de France.

LE GALL D. et C. MARTIN, 1996, « Mutation de la famille, mutation du lien social » : 13-27 in D. Le Gall et C. Martin (dir), *Familles et politiques sociales. Dix questions sur le lien familial contemporain*, Paris, L'Harmattan.

LE GALL D. et BEHATTAR Y., 2001, *La Pluriparentalité*. Paris, Presses Universitaires de France.

LEGRAND C., 2009, « Génétique et recherche généalogique » : 133-149 in Porqueres i Gené (ed), *Défis contemporains de la parenté*, Paris : École des hautes études en sciences sociales.

- LEINAWEAVER J. B., 2009, « The Medicalization of Adoption in and from Peru »: 190-207 in D. Marre et L. Briggs (eds) *International Adoption. Global Inequalities and the Circulation of Children*, London / New York : New York University Press.
- LENEVEU G., 2007, « La portée de l' "affaire Benjamin" sur la reconnaissance des pères et sur l'adoption », *Recherches familiales* (Dossier thématique : *La filiation recomposée : origines biologiques, parenté et parentalité*), Numéro 4, p. 99-110.
- LERIDON H., 2003, « Procréation : du désir à la réalité », *Informations sociales*, No 107 (Désir d'enfant) : 26-35.
- LEVINE H. B., 2003. "Gestational surrogacy: Nature and culture in kinship", *Ethnology*, 42(3): 173-185.
- LEVINE N. E., 2008, "Alternative Kinship, Marriage and Reproduction", *Annual Review of Anthropology*, Vol 37: 375-389.
- LE VOYER A., 2003, « Quelques illustrations des processus menant au désir d'enfant », *Informations sociales*, No 107 (Désir d'enfant) : 36-43.
- LIPPMAN A., 1993, "Worrying -and Worrying About- the Geneticization of Reproduction and Health": 39-65 in G. Basen, M. Eichler and A. Lippman (eds) *The Social Construction of Choice and the New Reproductive Genetic Technologies*. Hull: Voyageur Publishing.
- LUNDIN S., 2001, « The Threatened Sperm: Parenthood in the Age of Biomedecine » : 139-155 in L. Stone (ed) *New Directions in Anthropological Kinship*, Lanham, Rowman & Littlefield.
- MALACKET A. et A. ROY, 2008, « Regards croisés sur la filiation homoparentale de l'enfant né d'une procréation assistée en droit québécois comparé » : 387-413 in C. Parent et al. (dir), *Visages multiples de la parentalité*, Québec, Presses de l'Université de Québec.
- MARCH K., 2000, "Who Do I Look Like? Gaining a Sense of Self-Authenticity Through the Physical Reflections of Others", *Symbolic Interaction*, 23: 359-374.
- MARCUS G. E. et M. J. FISCHER, 1986, *Anthropology as Cultural Critique : An Experimental Moment in the Human Sciences*, Chicago : University of Chicago Press.
- MARRE D. et J. BESTARD, 2009, « The Family Body : Persons, Bodies and Resemblances » : 64-78 in J. Edwards et C. Salazar (eds), *European Kinship in the age of biotechnology*, Oxford : Berghahn Books.
- MARTIAL A., 2005, « L'anthropologie de la parenté face aux transitions familiales contemporaines : des interrogations en suspens », *Travail, genre et sociétés*, No 14 (2) : 158-163.
- MÉCARY C., 2006, *L'adoption*, Coll. Que sais-je?, Paris, Presses Universitaires de France.

- MEHL D., 2008, *Enfants du don: procréation médicalement assistée, parents et enfants témoignent*. Paris : Robert Laffont.
- MELHUUS M., 2009, « Pourquoi le don d'ovocyte n'est-il pas autorisé en Norvège » : 35-58 in Porqueres i Gené (ed), *Défis contemporains de la parenté*, Paris : École des hautes études en sciences sociales.
- MELHUUS M et S. HOWELL, 2009, « Adoption and Assisted Conception : one Universe of Unnatural Procreation : an Examination of Norwegian Legislation » : 144-161 in J. Edwards et C. Salazar (eds), *European Kinship in the age of biotechnology*, Oxford : Berghahn Books.
- MIALL C. E. et K. MARCH, 2002, "Social Support for Adoption in Canada: Preliminary Findings of a Canada-Wide Survey" (<http://socserv2.mcmaster.ca/sociology/Miall-News.pdf>)
- , 2006, "Adoption and Public Opinion. Implications for Social Policy and Practice in Adoption": 43-59 in K. Weegar (ed), *Adoptive Families in a Diverse Society*, New Brunswick/ New Jersey, Rutgers University Press.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2008, *Politiques de périnatalité 2008-2018. Un projet porteur de vie*, Ministère de la santé et des services sociaux : Gouvernement du Québec.
- MODELL J. S., 1997, "Rights to the Children: Foster Care and Social Reproduction in Hawai'i" : 156-172 in S. Franklin and H. Ragoné (eds), *Reproducing Reproduction*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- , 2001, « Open Adoption : Entending Families, Exchanging Facts »: 246-263 in L. Stone (ed) *New Directions in Anthropological Kinship*, Lanham, Rowman & Littlefield.
- , 2002, *A Sealed and Secret Kinship. The Culture of Policies and Practices in American Adoption*, New York / Oxford, Berghahn Books.
- MOORE B., 2003, « Quelle famille pour le 21<sup>ième</sup> siècle? Perspectives québécoises », *Canadian Journal of Family Law*, No 20, p.57.
- MOORE L.J., 2007, *Sperm Counts: Overcome by Man's Most Precious Fluid*. New York, New York University Press.
- MUNDY L., 2007, *Everything Conceivable : How Assisted Reproduction is Changing Men, Women and the World*, New York, Alfred A. Knopf.
- MURAT P., 2008, « Les transformations de la famille. Quel impact sur les finalités de l'adoption? », *Informations sociales*, No 146 (2) : 20-33.
- MYKITIUK R., 2001, « Beyond Conception : Legal Determination of Filiation in the Context of Assisted Reproductive Technologies, *Osgoode Hall Law Journal*, vol. 39, p.771.

NASH C., 2004, "Genetic Kinship", *Cultural Studies*, 18 (1): 1-34.

NATHAN T. (ed), 1995, *Rituels de deuil, travail du deuil* (3<sup>ième</sup> édition), Paris : Éditions La pensée sauvage.

NEEDHAM R., 1971, "Remarks on the Analysis of Kinship and Marriage", in R. Needham (ed.) *Rethinking Kinship and Marriage*. London, Tavistock.

NEIRINCK C., 2000-a, « L'évolution de l'adoption » : 343-361 in A. Fine et C. Neirinck (dir) *Parents de sang, parents adoptifs*. Paris, coll. « Droits et Sociétés » : Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence.

-----, 2000-b, « Savoir d'où l'on vient : la réponse du droit » : 21-58 dans A. Fine et al., *L'enfant a-t-il droit à son histoire?*, Paris, Éditions Érès.

-----, 2001, « De la parenté à la parentalité » : 15-28 dans A. Bruel et al., *De la parenté à la parentalité*, Paris, Érès.

NELKIN D. et S. LINDEE, 1995, *The DNA Mystiques: The Gene as a Cultural Icon*. New York: W. H. Freeman

NEYRAND G., 2007, « La parentalité comme dispositif. Mise en perspective des rapports familiaux et de la filiation », *Recherches familiales*. Dossier thématique : *La filiation recomposée : origines biologiques, parenté et parentalité*, Numéro 4.

OBADIA A., 2000, « L'incidence des tests d'ADN sur le droit québécois de la filiation, *Revue de droit de McGill*, vol 45, p. 518.

OROBITG G. et C. SALAZAR, 2005, « The Gift of Motherhood : Egg Donation in a Barcelona Infertility Clinic », *Ethnos*, 70 (1) : 31-52.

OUATTARA F., 2004, « Une étrange familiarité. Les exigences de l'anthropologie "chez soi" », *Cahiers d'études africaines*, no3 : 635-658.

OUELLETTE F. R., 1987, *Les enfants que je veux si je peux : témoignages de femmes sous assistance médicale pour un problème d'infertilité*, Québec, Conseil du Statut de la Femme.

-----, 1993, « Féminisme, femmes "infertiles" et procréation médicalement assistée » : 353-384 dans M. Audet et H. Bouchikhi (dir.) *Structuration du social et modernité avancée, Autour des travaux d'Anthony Giddens*, Colloque de Cerisy, Québec : Presses de l'Université Laval.

-----, 1995, « La part du don dans l'adoption », *Anthropologie et Sociétés*, 19 (1-2) : 157-174.

-----, 1996, *L'adoption. Les acteurs et les enjeux autour de l'enfant*. Collection Diagnostic, Sainte-Foy, IQRC-Presses de l'Université Laval.

- , 1998, « Les usages contemporains de l'adoption » : 153-176 in A. Fine (dir), *Adoptions. Ethnologie des parentés choisies*, Paris, Éditions de la maison des sciences de l'homme.
- , 2000-a, « Parenté et adoption », *Sociétés contemporaines*, 38 : 49-65.
- , 2000-b, « L'adoption face aux définitions de la famille et de l'institution généalogique » : 325-342 in A. Fine et C. Neirinck (dir) *Parents de sang, parents adoptifs*. Paris, coll. « Droits et Sociétés » : Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence.
- , 2003, « L'enfant adopté et la question de sa filiation », *Prisme*, No 41, p.28-41.
- , 2004, « Adopter, c'est donner » : 269-296 in I. Leblic (dir), *De l'adoption. Des pratiques de filiation différentes*, collection Anthropologie, Clermont-Ferrand, Presses universitaires BlaisePascal.
- , 2005-a, « La filiation et ses remises en cause. L'adoption et la nouvelle loi québécoise sur l'union civile » : 111-130 in E. Gagnon et F. Saillant (dir) *Communautés et socialités. Formes et forces du lien social dans la modernité tardive*, Montréal, Liber.
- , 2005-b, « L'adoption devrait-elle toujours rompre la filiation d'origine? Quelques considérations éthiques sur la recherche de stabilité et de continuité pour l'enfant adopté » : 103-120 in F.-R. Ouellette, R. Joyal et R. Hurtubise (dir), *Familles en mouvance : quels enjeux éthiques?*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval.
- OUELLETTE F. R. et R. B. DANDURAND. 2000, « Présentation. L'anthropologie des parentés euro-américaines », *Anthropologie et sociétés*, XXIV, 3, p. 5-20.
- OUELLETTE F. R. et D. GOUBAU, 2009, « Entre abandon et captation. L'adoption québécoise en "banque mixte" », *Anthropologie et Sociétés*, 33(1) : 65-82.
- OUELLETTE F. R et C. MÉTHOT, 2003, « Les références identitaires des enfants adoptés à l'étranger : entre rupture et continuité », *Nouvelles pratiques sociales*, vol 16, no 1, p. 132-147.
- 2000. *L'adoption tardive internationale. L'intégration familiale de l'enfant du point de vue des parents et des grands-parents*. Montréal : INRS-Culture et Société.
- OUELLETTE F. R. et G. MOSSIÈRE, 2004, « La circulation des informations sur les origines des adoptés internationaux » : 153-172 in C. Lacharité et G. Pronovost (dir), *Comprendre la famille*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- PARKIN R., 1997, *Kinship. An Introduction to the Basic Concepts*, Oxford, Blackwell Publishers.
- PARRY D.C., 2005, "Women's Experiences with Infertility: The Fluidity of Conceptualizations of 'Family'", *Qualitative Sociology*, Vol 28 (3): 275-291.



PASHIGIAN M., 2008, "Inappropriate Relations: the Ban on Surrogacy with IVF and the Limits of State Renovation in Contemporary Vietnam" in D. Birenbaum-Carmeli et M.C. Inhorn (eds) *Assisting Reproduction, Testing Genes: Global Encounters with New Biotechnologies*. New York: Berghahn.

PELETZ M. G., 1995, "Kinship Studies in Late Twentieth-Century Anthropology", *Annual Review of Anthropology*, no 24, p. 343-372.

PERRET Z., 1994, « Stérilité masculine et transmission de la filiation en procréation médicalement assistée avec donneur », *Ethnologie Française*, Vol 24 (1) : 130-134.

PHILIPS-NOOTENS S., 2005, « De l'enfant conçu à l'enfant programmé : quand la liberté s'égaré » : 177-191 in F.-R. Ouellette, R. Joyal et R. Hurtubise (dir), *Familles en mouvance : quels enjeux éthiques?*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval.

PHILIPS-NOOTENS S. et C. LAVALLÉE, 2003, « De l'état inaliénable à l'instrumentalisation : la filiation en question » : 337-358 dans P.-C. Lafond et B. Lefebvre (dir), *L'union civile. Nouveaux modèles de conjugalité et de parentalité au 21<sup>ème</sup> siècle*. Cowansville, Éditions Yvon Blais.

PIERRON J.-P., 2003, *On ne choisit pas ses parents. Comment penser l'adoption et la filiation?*. Paris, Éditions du Seuil.

PORQUERES I GENÉ E. (ed), 2009, *Défis contemporains de la parenté*, Paris : École des hautes études en sciences sociales.

-----, 2009, « Individu, modernité et parenté » : 13-31 in Porquieres i Gené (ed), *Défis contemporains de la parenté*, Paris : École des hautes études en sciences sociales.

POUPART J., 1997, « L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques » : 173-209 in J. Poupart et al, *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal : Gaëtan Morin.

PRICE F., 1999, «Beyond expectation : clinical practices and clinical concerns»: 29-52 in *Technologies of Procreation. Kinship in the age of assisted conception*, London/New York, Routledge.

RAGONÉ H., 1994 [2004], "Surrogate Motherhood and American Kinship": 342-361" in R. Parkin and L. Stone (eds), *Kinship and Family. An Anthropological Reader*, Blackwell Publishing.

-----, 1996, « Chasing the Blood Tie : Surrogate Mothers, Adoptive Mothers and Fathers », *American Ethnologist*, 23(2) : 352-365.

RAPP R., 1991, « Moral Pioneers. Women, Men, and Fetuses on a Frontier of Reproductive Technology » : 383-395 in M. di Leonardo (ed), *Gender at the Crossroads of Knowledge: Feminist Anthropology in the Postmodern Era*, Berkeley, University of California Press.

- RENAUT A., 2004, « L'enfant à l'épreuve de ses droits » : 63-76 in F. de Singly (dir), *Enfants, adultes. Vers une égalité de statuts?*, Paris, Universalis.
- RIBEIRO G. L. et A.ESCOBAR (eds), 2006. *World Anthropologies: Disciplinary Transformations within Systems of Power*. New York: Berg.
- ROBINSON, C et M. V. MILLER. 2004. "Emergent Legal Definitions of Parentage in Assisted Reproductive Technology", *Journal of Family Social Work*, 8(2): 21-51.
- RONFANI P., 2006, « Droits des enfants, droits des parents », *Enfances, familles, générations*, Numéro 5, Conseil de développement de la recherche sur la famille du Québec (CDRFQ).
- ROUDAUT K., 2005, « Le deuil : individualisation et régulation sociale », *A Contrario*, Vol 3 (1) : 14-27.
- ROUDINESCO E., 2002, *La famille en désordre*, Paris, Éditions Fayard.
- ROUSSEAU V., 2006, « Présentation. La parenté et la procréation aujourd'hui : deux filiations remodelées », *Cités*, No 28(4) : 9-14.
- ROUSSEL L., 1989, *La famille incertaine*, Paris, Éditions Odile Jacob.
- ROY A., 2005, « La parentalité se substitue-t-elle à la parenté? Le point de vue d'un juriste » : 119-133 in E.-M. Meunier et J. Y. Thériault (dir), *Les impasses de la mémoire. Histoire, filiation, nation et religion*, Montréal, Éditions Fides.
- SAGNES S., 1998, « Une parenté sur mesure... Les nouvelles formes de parenté à l'épreuve de l'acharnement généalogique » : 275-309 in A. Fine(dir), *Adoptions. Ethnologie des parentés choisies*, Paris, Éditions de la maison des sciences de l'homme.
- SAINT-EXUPÉRY A. de, 1943, *Le Petit Prince*, Harcourt Books.
- SALZMAN P.C., 2008, "Thinking Theoretically": 26-35 in P. C. Salzman et P.C. RICE, *Thinking Anthropologically: A Practical Guide for Students*. Upper Saddle River: New Jersey, Pearson Education.
- SANDOR J., 2009, « Réglementation libérale et focus sur l'enfant. La procréation médicalement assistée en Hongrie » : 107-129 in Porqueres i Gené (ed), *Défis contemporains de la parenté*, Paris : École des hautes études en sciences sociales.
- SCHACHTER J., 2009, « Internatinal Adoption : Lessons from Hawai'i » : 52-68 in D. Marre et L. Briggs (eds) *International Adoption. Global Inequalities and the Circulation of Children*, London / New York : New York University Press.
- SCHEFFLER H.W., 2001, *Filiation and affiliation*, Oxford, Westview Press.

SCHWEITZER P. P., 2000, "Introduction": 1-32 in P. P. Schweitzer (ed), *Dividends of Kinship. Meanings and Uses of Social Relatedness*, London / New York, Routledge.

SCHNEIDER D. M., 1980, *American Kinship: A Cultural Account*, Chicago, IL: University of Chicago Press.

----- 1984, *A Critique of the Study of Kinship*, Ann Arbor, The University of Michigan Press.

-----, [1972] 2004, "What Kinship All About?": 257-274 in R. Parkin and L. Stone (eds), *Kinship and Family. An Anthropological Reader*, Blackwell Publishing.

SEGALEN M., [Entretien avec] 2002, « Familles : de quoi héritons-nous? », *Sciences Humaines* (hors série), No 36, p. 20-22.

-----, 2002, « Les nouvelles familles » : 63-68 in *Familles. Permanence et métamorphoses*, Auxerre Cedex, Éditions Sciences Humaines.

-----, 2008, *Sociologie de la famille* (6<sup>ième</sup> édition), Paris, Éditions Armand Colin.

SELMAN P., 2004, "Adoption: a Cure for (too) Many Ills?": 257-273 in F. Bowie (ed) *Cross-Cultural Approaches to Adoption*, London/New York, Routledge.

SÉRAPHIN G., 2007, « Introduction », *Recherches familiales*. Dossier thématique : *La filiation recomposée : origines biologiques, parenté et parentalité*, Numéro 4, p.3-12.

SHANAHAN S., 2005, "The Changing Meaning of Family: Individual Rights and Irish Adoption Policy, 1949-1999", *Journal of Family History*, Vol 30: 86-108.

SHAPIRO W., 2008, « What Human Kinship is Primarily about : Toward a Critique of the New Kinship Studies », *Social Anthropology*, Vol 16(2): 137-153.

SHORE C., 1992, "Virgin Births and Sterile Debates: Anthropology and the New Reproductive Technologies", *Current Anthropology*, 33 (3), p. 295-314.

SILVERMAN D., 2001, *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing Talk, Text and Interaction* (2<sup>nd</sup> edition), London: Sage Publication.

SIMPSON B., 1994, "Bringing the 'unclear' family into focus: Divorce and Remarriage in contemporary Britain, *Man*, (NS), No 29: 831-851.

-----, 1998, *Changing Families : an Ethnographic Approach to Divorce and Separation*, Oxford, Berg.

-----, 2004, "Acting Ethically, Responding Culturally: Framing the New Reproductive and Genetic Technologies in Sri Lanka" *Asia Pac. Journal of Anthropology* 5(3): 227-243.

SINGLY F. de, 1996, *Le soi, le couple et la famille*. Paris, Éditions Nathan.

-----, 2003, « Individualisme et lien social » : 187-194 in M. Delage et P. Pedrot (dir), *Lien familial, lien social*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.

-----, 2004, « Le statut de l'enfant dans la famille contemporaine » : 17-32 in F. de Singly (dir), *Enfants, adultes. Vers une égalité de statuts?*, Paris, Universalis.

-----, 2005, « L'éthique dans une société individualiste » : 21-37 in F.-R. Ouellette, R. Joyal et R. Hurtubise (dir), *Familles en mouvance : quels enjeux éthiques?*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval.

-----, 2007, *Sociologie de la famille contemporaine*, Paris : Éditions Armand Colin.

SPAR D, 2006. *The Baby Business. How Money, Science and Politics Drive the Commerce of Conception*. Harvard Business School Press.

STRATHERN M., 1992-a, *After Nature: English Kinship in the Late Twentieth Century*, Cambridge, Cambridge University Press.

-----, 1992-b. *Reproducing the Future. Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies*, New York, Routledge.

-----, 1995, "Displacing Knowledge: Technology and the Consequences for Kinship": 346-363 in F.D. Ginsburg et R. Rapp (eds), *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*, Berkeley: University of California Press.

-----, 1999. "Introduction. A question of context": 2 -28 in *Technologies of Procreation. Kinship in the age of assisted conception*, London / New York, Routledge.

-----, 2005, *Kinship, Law and the Unexpected. Relatives Are Always a Surprise*, New York, Cambridge University Press.

STONE L., 2001, "Theoretical Implications of New Directions in Anthropological Kinship": 1-20 in L. Stone (ed) *New Directions in Anthropological Kinship*, Lanham, Rowman & Littlefield.

-----, 2004, "Introduction: Contemporary Directions in Kinship": 331-341 in R. Parkin and L. Stone (eds), *Kinship and Family. An Anthropological Reader*, Blackwell Publishing.

STRAUSS A et J. CORBIN, 2004, *Les fondements de la recherche qualitative : Techniques et procédures de développement de la théorie ancrée* (traduit de l'anglais par M.-H. Soulet), Fribourg, Academic Press Fribourg.

STRONG-BOAG V., 2006, *Finding Families, Finding Ourselves: English Canada Encounters Adoption from the 19<sup>th</sup> Century to the 1990s*, Ontario, Oxford University Press.

SULLEROT E., 2000, *La crise de la famille*, Paris : Hachette, coll. Pluriel.

- TAHON M.-B., 1995, *La famille désinstitutionnée*, Ottawa, Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- , 2004, *Vers l'indifférence des sexes? Union civile et filiation au Québec*, Montréal, Boréal.
- , 2010, « Filiation et universalité : questions à partir du Québec », *Dialogue*, No.187, p.111-125.
- TAYLOR C, 1992, *Grandeur et misère de la modernité*. Montréal, Bellarmin.
- , 1998, *Les sources du moi : la formation de l'identité moderne*. Montréal : Boréal.
- THÉRY I., 1993, *Le Démariage : justice et vie privée*. Paris, Odile Jacob.
- ,1996, « Différences des sexes et différences des générations. L'institution en déshérence ». *Malaise dans la filiation. Esprit*, 12, p. 65-90.
- , 1998, *Couple, filiation et parenté aujourd'hui. Le droit face aux mutations de la famille et de la vie privée*, Paris, Éditions Odile Jacob.
- , 2002-a, « Le temps des recompositions » : 55-62 in *Familles. Permanence et métamorphoses*, Auxerre Cedex, Éditions Sciences Humaines.
- , 2002-b, « Penser la filiation » : 211-221 in *Familles. Permanence et métamorphoses*, Auxerre Cedex, Éditions Sciences Humaines.
- , 2005, « Individu, parenté et droit de l'homme. Pour une sociologie des débats éthiques sur la famille » : 379-399 in F.-R. Ouellette, R. Joyal et R. Hurtubise (dir), *Familles en mouvance : quels enjeux éthiques?*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval.
- , 2007, *La distinction de sexe : une nouvelle approche de l'égalité*, Paris : Éditions O. Jacob.
- THOMPSON C., 2001, "Strategic Naturalizing: Kinship in an Infertility Clinic": 175-202 in S. Franklin et S. McKinnon (eds) *Relative Values : Reconfiguring Kinship Studies*, Durham/London, Duke University Press.
- , 2002 "Fertile Ground: Feminists Theorize Infertility": 52-78 in M.C. Inhorn and F. van Balen (eds) *Infertility Around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender and Reproductive Technologies*. Berkeley: University of California Press.
- TORT M., 1992, *Le désir froid: procréation artificielle et crise des repères symboliques*, Paris, Éditions La Découverte.
- TREMAYNE S.(ed), 2001, *Managing Reproductive Life. Cross-Cultural Themes in Fertility and Sexuality*. New York/Oxford, Berghahn Books.

- VANDELAC L., 1987, « Sexes et technologies de procréation: “mères porteuses” ou la maternité déportée par la langue... », *Sociologie et Sociétés*, Vol. 19 (1) : 97-115.
- , 1994, « Technologies de reproduction: techniques de régulation à la hausse ou véritables montagnes russes ? » : 399-414, *Les Modes de régulation de la reproduction humaine, incidences sur la fécondité et la santé*, Colloque de l'AIDELF, Paris : PUF.
- , 1996, “Technologies de la reproduction : l'irresponsabilité des pouvoirs publics et la nôtre”, *Sociologie et Sociétés*, Vol. 28 (2): 59-75.
- VAN DEN AKKER O. B. A., 2001, “Adoption in the Age of Reproductive Technology”, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, Vol 19 (2):147-158.
- VAN DER PLOEG I., 2001, *Prosthetic Bodies : The Construction of the Fetus and the Couple as Patients in Reproductive Technologies*, Dordrecht : Kluwer Academic Publishers.
- VERDIER P., 2001, « Loi, vérité et filiation: le droit peut-il organiser le déni d'origines? » : 125-137 in D. Le Gall et Y. Bettahar (dir), *La pluriparentalité*, Paris, Presses Universitaires de France.
- VERNIER B., 1999, *Le visage et le nom. Contribution à l'étude des systèmes de parenté*, Paris, Presses Universitaires de France.
- VEUILLET C., 2001, « La démarche conjugale d'adoption : le mythe de l'enfant sauveur-sauvé », *Dialogue*, 151 (1) : 95-101.
- VIORST J., 2003, *Les renoncements nécessaires*, Paris : Pocket.
- VOLKMAN T. A., 2005, “Embodying Chinese Cultures: Transnational Adoption in North America”: 81-113 in T. A. Volkman (ed), *Cultures of Transnational Adoption*, Durham/London, Duke University Press.
- , 2009, « Seeking Sisters. Twinship and Kinship in a Age of Internet Miracles and DNA Technologies » : 283-301 in D. Marre et L. Briggs (eds) *International Adoption. Global Inequalities and the Circulation of Children*, London / New York : New York University Press.
- WEGAR K., 1997, *Adoption, Identity, and Kinship. The Debate over Sealed Birth Records*, New Haven / London, Yale University Press.
- , 2000, “Adoption, Family Ideology, and Social Stigma : Bias in Community Attitudes, Adoption Research, and Practice”, *Family Relations*, 49: 363-370.
- WEBER F., 2002, « Pour penser la parenté contemporaine. Maisonnée et parentèle, des outils de l'anthropologie » : 73-106, in D. Debordeaux et P. Strobel, *Les solidarités familiales en question. Entraide et transmission. Droit et société / sociologie*, Paris. Maison des Sciences de l'Homme.

-----, 2005, *Le sang, le nom, le quotidien : une sociologie de la parenté pratique*, La Courneuve, Éditions Aux Lieux d'Être.

WEISS J., 2000, *To Have and to Hold : Marriage, the Baby-Boom, and Social Change*. Chicago: University of Chicago Press.

WESTON K., 1991. *Families We Choose: Lesbians, Gays, Kinship*. New York, Columbia University Press.

YANAGISAKO S. J. et J. F. COLLIER, 1987 [2004], "Toward a Unified Analysis of Gender and Kinship": 275-293 in R. Parkin and L. Stone (eds), *Kinship and Family. An Anthropological Reader*, Blackwell Publishing.

YANAGISAKO S.J. et C. DELANEY, 1995, *Naturalizing Power : Essays in Feminist Cultural Analysis* (eds), New York, Routledge.

YNGVESSON B., 2004, « National Bodies and the Body of the Child : 'Completing' Families Through International Adoption »: 211-226 in F. Bowie (ed) *Cross-Cultural Approaches to Adoption*, London/New York, Routledge.

-----, 2005, "Going "Home" : Adoption, Loss of Bearings, and the Mythology of Roots" : 25-48 in T. A. Volkman (ed), *Cultures of Transnational Adoption*, Durham/London, Duke University Press.

-----, 2007 "Refiguring Kinship in the Space of Adoption" *Anthropological Quarterly*, Vol. 80(2).

YONNET P., 2006, *Le recul de la mort : L'avènement de l'individu contemporain*. Paris : Gallimard.

ZELIZER V., 1985. *Pricing the Priceless Child: The Changing Social Value of Children*. New Jersey, Princeton University Press.

-----, 1992, « Repenser le marché. La construction sociale du 'marché aux enfants' aux Etats-Unis », *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol 94(1) : 3-26.

-----, 1994, *The Social Meaning of Money*, New York : Basic Books.

-----, 2005, *The Purchase of Intimacy*, Princeton, NJ : Princeton University Press.

ZIMMERMANN E., 1993, *Enquête sur la parenté*, Paris, Presses Universitaires de France.

**ANNEXE 1 :**  
**Schéma d'entrevue**

**Définitions et objectifs:**

- étude du processus menant à l'adoption chez des couples ayant eu préalablement recours à l'assistance médicale à la procréation
- exploration des expériences vécues par les couples sur le plan médical et ensuite dans le milieu de l'adoption; étude des implications liées à ce passage

**Deux thématiques principales à développer :**

- 1-l'enfant et le désir d'enfant dans les sociétés contemporaines;
- 2-le lien filiatif et la parentalité

-----

**1- INTRODUCTION ET MISE EN CONTEXTE**

-Pouvez-vous me faire part des circonstances qui vous ont mené vers le désir d'avoir un enfant?

- contexte de rencontre
  - valeur accordée aux enfants dans les familles respectives
  - moment choisi pour avoir un enfant
- 

**2- SUR LA PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE ET LE MILIEU CLINIQUE:**

-Pouvez m'expliquer brièvement les différentes démarches que vous avez entreprises en milieu médical avant d'adopter?

**2.1 Les enjeux et conséquences liés à la reproduction en milieu médical :**

-Quelles ont été les difficultés et les défis rencontrés en clinique de fertilité?

-Quelles sont les impacts et/ou les conséquences de l'infertilité sur :

- sur le couple
- sur le plan personnel
- dans le quotidien
- dans les relations avec l'entourage et la famille?

-Est-ce que les traitements changent le regard que l'on porte sur son corps et sur la procréation en général?

-Remise en question de la compétence parentale : moment où vous avez pensé que l'infertilité était un signe que vous n'étiez pas dû pour avoir des enfants?

-Les tabous et/ou préjugés liés à l'infertilité?

**2.2 L'arrêt des traitements :**



-Pourquoi n'avez-vous pas poussé les démarches plus loin? Qu'est-ce qui a fait que vous avez finalement décidé de cesser les traitements?

-[Après une plus ou moins longue série d'échecs en milieu clinique] : les cliniques de fertilité proposent-elles d'autres traitements médicaux ou envisagent-elles avec vous la possibilité d'adopter?

-La clinique vous a-t-elle appuyé dans votre décision de cesser les traitements?

-À partir de quand dans le processus de traitement de l'infertilité avez-vous commencé à penser à l'adoption?

-Est-ce que les deux membres du couple ont vécu différemment le passage à la décision d'adopter?

### **2.3 Réflexions globales :**

-Que pensez-vous des nouvelles technologies et des avancées scientifiques dans les traitements de l'infertilité?

-avantages de ces techniques médicales?

-inconvenients de ces techniques médicales?

-Pensez-vous que les techniques d'aide médicale en cas d'infertilité vont trop loin et devraient faire l'objet de débats sociaux et d'une réglementation publique?

## **3- SUR LA DÉCISION D'ADOPTER : LE PASSAGE ENTRE LE MILIEU CLINIQUE ET LE MILIEU ADOPTIF:**

### **3.1 Transition vers l'adoption : le deuil de l'enfant biologique**

-L'option de vivre sans enfant a-t-elle été envisagée? Pourquoi?

-Êtes-vous d'accord avec l'idée qu'avant d'adopter, il faut d'abord faire « le deuil de l'enfant biologique »? Pourquoi?

-Comment fait-on le deuil de l'enfant biologique?

-Qu'est-ce que cela représentait pour vous d'avoir un enfant de sang?

### **3.2 Démarches, procédures et défis à surmonter**

-Pouvez-vous me décrire concrètement comment s'est passé le processus d'adoption; les différentes étapes traversées?

-Avez-vous rencontré des difficultés particulières dans vos démarches pour adopter?

-Selon vous, quelles sont les questions qu'il faut se poser et les réflexions qu'il faut faire avant d'adopter?

- Quels sont les risques de l'adoption? Diriez-vous qu'adopter représente un risque?

- Qu'est-ce que ça prend comme capacités particulières pour adopter? Quels sont les défis de l'adoption?

-Pourquoi certaines personnes se disent incapables d'adopter?

-Qu'est-ce que votre famille et votre entourage pensaient de votre projet d'adoption? (désaccords, appréhensions)

-Y a-t-il eu un écart entre vos attentes par rapport à l'adoption et la situation vécue sur place ou en revenant à la maison?

-----

#### **4- SUR LA PARENTALITÉ ET LE FAIT PARENTAL**

##### **4.1 Devenir parent : définir le “être parent” / le fait parental**

-Est-ce que les parents qui adoptent doivent faire quelque chose de plus pour être parents ou se sentir parents?

-Pensez-vous que votre expérience de parents est différente de celle que vous auriez eu si vous aviez eu un enfant biologique (naturel) ou par le biais de la médecine?

##### **4.3 Le projet parental**

-Désirer un enfant par traitement médical et ensuite en avoir un par adoption : est-ce la continuité d'un même projet ou est-ce deux projets distincts?

-----

#### **5-LIENS BIOLOGIQUES / LIENS ADOPTIFS**

##### **5.1 Parenté biologique et parenté sociale : le Soi et les Autres**

-D'après votre situation familiale actuelle, pensez-vous qu'une famille adoptive est différente d'une famille biologique?

-Comment sont perçues les familles adoptives et le lien parent adoptif - enfant adopté dans la société en générale?

-Est-ce que le regard des autres représente un défi pour les familles adoptives?

##### **5.2 Évolution de l'adoption**

-Selon vous, de quelle manière l'adoption a-t-elle évolué au cours des 20 dernières années?

##### **5.3 Question relatives à la génétique**

-Selon vous, quelle importance notre société accorde-t-elle aux liens de sang et aux liens génétiques dans les relations familiales?

-Comment entrevoyez-vous tout le courant de la génétique qui associe les comportements et l'identité aux gènes?

-Selon vous, est-ce que la génétique est déterminante dans le caractère et la personnalité de l'enfant?

-Comment vivez vous le fait que vous ne partagez aucun lien génétique avec votre enfant adopté?

-----

## **6- COMPARAISONS ET CHEMINEMENT**

### **6.1 Comparer les deux milieux**

-Diriez-vous que l'adoption guérit les souffrances liées à l'infertilité?

-Pourriez-vous relever les différences entre le milieu médical et le milieu de l'adoption?  
Qu'est-ce qui diffère entre les deux? En terme de :

- procédures
- valeurs mises de l'avant
- sentiments éprouvés
- relations avec les intervenants impliqués

-Existe-t-il des ressemblances qui les rapprochent?

### **6.2 Plan expérientiel et identitaire**

-Est-ce que le passage entre les deux milieux (médical – adoptif) représente un défi particulier pour les parents? Pourquoi?

-Comment tout ce processus (de l'enfant biologique à l'enfant adopté) vous a-t-il changé?

- personnellement
- au niveau du couple

-Si tout ce processus devait être refait, y a-t-il des choses que vous feriez différemment aujourd'hui?

-----

## **7- CONCLUSION**

-Selon vous quelles devraient être les préoccupations des chercheurs qui travaillent sur la PMA et / ou sur l'adoption?

-Y a-t-il des améliorations qui devraient être apportées pour faciliter le passage entre les deux milieux?

-Sujets non abordés desquels vous voudriez parler?

-----

<b>ANNEXE 2 :</b> <b>Fiche de renseignements</b>
---

Numéro d'entretien \_\_\_\_\_

**Caractéristiques socio-démographiques****Homme**

Âge actuel : \_\_\_\_\_

Âge au moment de l'adoption : \_\_\_\_\_

Emploi occupé actuellement : \_\_\_\_\_

**Femme**

Âge actuel : \_\_\_\_\_

Âge au moment de l'adoption : \_\_\_\_\_

Emploi occupé actuellement : \_\_\_\_\_

En couple depuis combien d'années? \_\_\_\_\_

Nombre d'années / de mois en PMA (essais en clinique d'infertilité) : \_\_\_\_\_

Nombre d'années d'attente (adoption): \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants adoptés : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants biologiques (au cas) : \_\_\_\_\_

## ANNEXE 3 : **Formulaire de consentement**

**Titre:** Penser la parenté et définir la filiation dans les sociétés occidentales contemporaines: de la procréation médicalement assistée à l'adoption

**Chercheur:** Doris Chateaufneuf, Anthropologie, Université de Montréal

**Directrice de recherche :** Françoise-Romaine Ouellette, Professeure associée, Département d'anthropologie, Université de Montréal

### **1-Objectifs de la recherche**

Ce projet de recherche examinera les perceptions liées au désir d'enfant et à la parentalité. Il cherche à mieux comprendre comment s'articule le principe de filiation dans les sociétés occidentales et vise à approfondir notre compréhension du processus d'adoption et des différentes étapes qui l'ont précédé : dans plusieurs cas, aujourd'hui, le cheminement vers le processus adoptif implique d'abord le recours à la procréation assistée. Dans le cadre de cette étude, je m'intéresse principalement à comment les couples vivent le passage entre le milieu médical et celui de l'adoption.

### **2-Participation à la recherche**

La participation à ce projet consiste à répondre à diverses questions portant sur les différentes étapes qui vous ont mené vers l'adoption. Ces questions vous sont posées dans le cadre d'une rencontre qui a lieu selon la journée, l'heure et aussi selon le lieu qui vous conviendront le mieux. La durée de la rencontre sera d'environ une heure trente. Notez que ces entrevues feront l'objet d'un enregistrement sur cassette audio, et ce dans le but d'en faciliter l'analyse.

### **3-Confidentialité**

Les renseignements et les informations que vous nous donnerez demeureront confidentiels. Chaque participant à la recherche se verra attribuer un numéro et seule la chercheuse principale aura accès aux enregistrements et aux numéros qui leur auront été attribués. De plus, les données seront conservées dans un classeur sous clé situé dans un bureau fermé. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée et l'ensemble des données sera détruit sept ans après la fin du projet.

### **4-Avantages et inconvénients**

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances sur ce qui a trait à la famille et plus particulièrement à l'adoption. En ce sens, le projet ne comporte ni inconvénient, ni bénéfice personnel pour les participants.

### **5-Participation volontaire et droit de retrait**

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps sur simple avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, les renseignements qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits.

## CONSENTEMENT

**A-Participant :** Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages et les inconvénients de cette recherche. Après réflexion, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

Je consens à ce que les données recueillies dans le cadre de cette étude soient utilisées pour des projets de recherche subséquents de même nature, conditionnellement à leur approbation par un comité d'éthique de la recherche et dans le respect des mêmes principes de confidentialité et de protection des informations :

\_\_\_ OUI                      \_\_\_ NON

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

**B-Chercheur :** Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

-Doris Chateauf, Département d'anthropologie, Université de Montréal

Tel : [REDACTED] Courriel : [REDACTED]

-Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone suivant : (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel suivante : [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca)

\*Notez que l'ombudsman accepte les appels à frais virés.

-Coordonnées de la directrice du projet : Françoise-Romaine Ouellette

Tel : [REDACTED] Courriel : [REDACTED]

**ANNEXE 4**  
**Antoine de Saint-Exupéry : « Le Petit Prince »**  
**Chapitre XXI**

## XXI

C'est alors qu'apparut le renard :

« Bonjour, dit le renard.

— Bonjour, répondit poliment le petit prince, qui se tourna mais ne vit rien.

— Je suis là, dit la voix, sous le pommier...



— Qui es-tu ? dit le petit prince. Tu es bien joli...

— Je suis un renard, dit le renard.

— Viens jouer avec moi, lui proposa le petit prince. Je suis tellement triste...

— Je ne puis pas jouer avec toi, dit le renard. Je ne suis pas apprivoisé.

— Ah ! pardon », fit le petit prince.

Mais après réflexion, il ajouta :

« Qu'est-ce que signifie « apprivoiser » ?

— Tu n'es pas d'ici, dit le renard, que cherches-tu ?

— Je cherche les hommes, dit le petit prince. Qu'est-ce que signifie « apprivoiser » ?

— Les hommes, dit le renard, ils ont des fusils et ils chassent. C'est bien gênant ! Ils élèvent aussi des poules. C'est leur seul intérêt. Tu cherches des poules ?

— Non, dit le petit prince. Je cherche des amis. Qu'est-ce que signifie « apprivoiser » ?

— C'est une chose trop oubliée, dit le renard. Ça signifie « Créer des liens... »

— Créer des liens ?

— Bien sûr, dit le renard. Tu n'es encore pour moi qu'un petit garçon tout semblable à cent mille petits garçons. Et je n'ai pas besoin de toi. Et tu n'a pas besoin de moi non plus. Je ne suis pour toi qu'un renard semblable à cent mille renards. Mais, si tu m'apprivoises, nous aurons besoin



l'un de l'autre. Tu seras pour moi unique au monde. Je serai pour toi unique au monde...

— Je commence à comprendre, dit le petit prince. Il y a une fleur... je crois qu'elle m'a apprivoisé...

— C'est possible, dit le renard. On voit sur la Terre toutes sortes de choses...

— Oh ! ce n'est pas sur la Terre », dit le petit prince.

Le renard parut très intrigué :



« Sur une autre planète ?

— Oui.

— Il y a des chasseurs sur cette planète-là ?

— Non.

— Ça, c'est intéressant ! Et des poules ?

— Non.

— Rien n'est parfait », soupira le renard.

Mais le renard revint à son idée :

« Ma vie est monotone. Je chasse les poules, les hommes me

chassent. Toutes les poules se ressemblent, et tous les hommes se ressemblent. Je m'ennuie donc un peu. Mais si tu m'apprivoises, ma vie sera comme ensoleillée. Je connaîtrai un bruit de pas qui sera différent de tous les autres. Les autres pas me font rentrer sous terre. Le tien m'appellera hors du terrier, comme une musique. Et puis regarde ! Tu vois, là-bas, les champs de blé ? Je ne mange pas de pain. Le blé pour moi est inutile. Les champs de blé ne me rappellent rien. Et ça, c'est triste ! Mais tu a des cheveux couleur d'or. Alors ce sera merveilleux quand tu m'auras apprivoisé ! Le blé, qui est doré, me fera souvenir de toi. Et j'aimerai le bruit du vent dans le blé... »

Le renard se tut et regarda longtemps le petit prince :

« S'il te plaît... apprivoise-moi ! dit-il.

— Je veux bien, répondit le petit prince, mais je n'ai pas beaucoup de temps. J'ai des amis à découvrir et beaucoup de choses à connaître.

— On ne connaît que les choses que l'on apprivoise, dit le renard. Les hommes n'ont plus le temps de rien connaître. Il achètent des choses toutes faites chez les marchands. Mais comme il n'existe point de marchands d'amis, les hommes n'ont plus d'amis. Si tu veux un ami, apprivoise-moi !

— Que faut-il faire ? dit le petit prince.

— Il faut être très patient, répondit le renard. Tu t'assoiras d'abord un peu loin de moi, comme ça, dans l'herbe. Je te regarderai du coin de l'œil et tu ne diras rien. Le langage est source de malentendus. Mais, chaque jour, tu pourras t'asseoir un peu plus près... »

Le lendemain revint le petit prince.



« Il eût mieux valu revenir à la même heure, dit le renard. Si tu viens, par exemple, à quatre heures de l'après-midi, dès trois heures je commencerai d'être heureux. Plus l'heure avancera, plus je me sentirai heureux. À quatre heures, déjà, je m'agiterai et m'inquiéterai ; je découvrirai le prix du bonheur ! Mais si tu viens n'importe quand, je ne saurai jamais à quelle heure m'habiller le cœur... il faut des rites.

— Qu'est-ce qu'un rite ? dit le petit prince.

— C'est aussi quelque chose de trop oublié, dit le renard. C'est ce qui fait qu'un jour est différent des autres jours, une heure, des autres heures. Il y a un rite, par exemple, chez mes chasseurs. Ils dansent le jeudi avec les filles du village. Alors le jeudi est jour merveilleux ! Je vais me promener jusqu'à la vigne. Si les chasseurs dansaient n'importe quand, les jours se ressembleraient tous, et je n'aurais point de vacances. »

Ainsi le petit prince apprivoisa le renard. Et quand l'heure du départ fut proche :

« Ah ! dit le renard... je pleurerai.

— C'est ta faute, dit le petit prince, je ne te souhaitais point de mal, mais tu as voulu que je t'apprivoise...

— Bien sûr, dit le renard.

— Mais tu vas pleurer ! dit le petit prince.

— Bien sûr, dit le renard.

— Alors tu n'y gagnes rien !

— J'y gagne, dit le renard, à cause de la couleur du blé. »

Puis il ajouta :

« Va revoir les roses. Tu comprendras que la tienne est unique au monde. Tu reviendras me dire adieu, et je te ferai cadeau d'un secret. »

Le petit prince s'en fut revoir les roses.

« Vous n'êtes pas du tout semblables à ma rose, vous n'êtes rien encore, leur dit-il. Personne ne vous a apprivoisées et vous n'avez apprivoisé personne. Vous êtes comme était mon renard. Ce n'était qu'un renard semblable à cent mille autres. Mais j'en ai fait mon ami, et il est maintenant unique au monde. »

Et les roses étaient bien gênées.

« Vous êtes belles mais vous êtes vides, leur dit-il encore. On ne peut pas mourir pour vous. Bien sûr, ma rose à moi, un passant ordinaire croirait qu'elle vous ressemble. Mais à elle seule elle est plus importante que vous toutes, puisque c'est elle que j'ai arrosée. Puisque c'est elle que j'ai mise sous globe, Puisque c'est elle que j'ai abritée par le paravent. Puisque c'est elle dont j'ai tué les chenilles (sauf les deux ou trois pour les papillons). Puisque c'est elle que j'ai écoutée se plaindre, ou se vanter, ou même quelquefois se taire. Puisque c'est ma rose. »

Et il revint vers le renard :

« Adieu, dit-il...

— Adieu, dit le renard. Voici mon secret. Il est très simple : on ne voit bien qu'avec le cœur. L'essentiel est invisible pour les yeux.

— L'essentiel est invisible pour les yeux, répéta le petit prince, afin de se souvenir.

— C'est le temps que tu as perdu pour ta rose qui fait ta rose si importante.

— C'est le temps que j'ai perdu pour ma rose... fit le petit prince, afin de se souvenir.

— Les hommes ont oublié cette vérité, dit le renard. Mais tu ne dois pas l'oublier. Tu deviens responsable pour toujours de ce que tu as apprivoisé. Tu es responsable de ta rose...

— Je suis responsable de ma rose... » répéta le petit prince, afin de se souvenir.

<p><b><u>ANNEXE 5</u></b> <b>Grille d'évaluation psychosociale</b> <b>Critères de base</b></p>
--

**1<sup>er</sup> volet : Motivation du projet**

1. Présentation de la demande
2. Éclaircissements, mise au point de l'évaluateur
3. Motivation du projet

**2<sup>ième</sup> volet : Histoire personnelle du postulant et aptitudes parentales**

4. Situation socioéconomique et culturelle
5. Analyse de l'histoire personnelle de chacun des conjoints
6. Évolution de la relation conjugale
7. Relations parents-enfants (s'il y a lieu)
8. Aptitudes parentales face à l'adoption internationale

**3<sup>ième</sup> volet : Discussion et échange avec le postulant**

9. Impact de l'actualisation du projet d'adoption

**4<sup>ième</sup> volet : Dépôt des conclusions et recommandations**

10. Conclusion et recommandations :
  - A- Synthèse de l'analyse et opinion professionnelle
  - B- Recommandation quant au projet évalué et considérations relatives à l'accueil d'un enfant plus âgé, d'une fratrie ou d'un enfant présentant des besoins spéciaux

*Source : Secrétariat à l'adoption internationale*

## ANNEXE 6 : RÉSUMÉ DES TRAJECTOIRES

Variables Prénoms	Causes infertilité	Démarches entreprises	Les raisons liées à l'arrêt des traitements	L'idée d'adopter
<b>01-HF-00-(02)</b> <b>Paul et Jeanne</b>	-endométriose -1 fausse-couche : s'est soldée en hémorragie suivie de problèmes hormonaux (proactine)	-Au privé (Procréa) : prise d'hormones + opération pour endométriose (insatisfaite du suivi après sa fausse-couche) -Au public : pour le reste du suivi -Aussi : Acuponcteur, Ostéopathe	-considéraient le processus in vitro trop dispendieux	PENDANT TRAITEMENTS : -En étaient au stade de penser à in vitro lorsque le collègue de l'H. est revenu de son voyage d'adoption (élément déclencheur) -adoption présentée initialement par la femme ; l'homme réticent au projet
<b>02-HF-02</b> <b>Serge et Josée</b>	-infertilité inexplicée	-Au public seulement : plusieurs tests pour la F. (laparoscopie, test de perméabilité des trompes, tests sanguins) -Prise d'hormones -Spermogramme chez l'homme	-Troubles physiques dus à la prise d'hormones -F. exténuée d'être la cible corporelle et physique des traitements	ENTRE DEUX TRAITEMENTS : -Proposé d'abord par l'homme ; avait eu dans le passé une ex-blonde qui avait fait les Centres Jeunesse -F. moins certaine du projet au départ
<b>03-F-01</b> <b>Elisabeth</b>	-infertilité masculine : varicocèles	-Au public seulement : spermogramme + Opération (20% de chances de réussite) : dans son cas = échec	-Aurait pu faire IAD : F. pas à l'aise avec cette option -Aurait pu faire TESE: chances trop minces pour le coût impliqué	APRÈS TRAITEMENTS : -F. prête à l'adoption depuis plusieurs mois, mais attendait que l'H. lui propose (infertilité masculine) -Élément déclencheur : rencontre d'un collègue de l'H. ayant adopté deux filles du Cambodge.
<b>04-H-02</b> <b>Alain</b>	-causes plus ou moins connues : sperme moins fort chez l'homme (« mes spermatozoïdes sont aveugles, ils vont dans tous les sens »)	-Au public seulement: pour l'H. spermogramme ; pour la F. laparoscopie et tests sanguins -IAC pendant deux ans, presque chaque mois ; implique prise d'hormones pour la femme et nettoyage du sperme pour l'H	-Démarches médicales trop dures moralement / trop lourdes sur le couple -Chances trop minces avec in vitro (1 sur 4) considérant les coûts impliqués	APRÈS TRAITEMENTS : -F. qui a proposé l'adoption ; l'H. très réticent au départ : -Idée de l'adoption aussi lancée par une infirmière vers la fin des IAC
<b>05-HF-02</b> <b>Cassandra et Pier-Louis</b>	-infertilité inexplicée:	-Au privé : 3 IAC (implique prise d'hormones pour la femme) -1 fausse couche = point d'arrêt des traitements.	-Les chances avec in vitro trop minces en regard des coûts investis ; n'étaient pas d'accord avec l'approche médicale (business) -FC vue comme un signe du destin qu'il est temps d'arrêter	PENDANT TRAITEMENTS : -Projet commun : idée d'adoption présente même en cours de démarches médicales -H. un peu plus réticent que la F. au départ
<b>06-HF-02</b> <b>Suzanne et</b>	-problème d'ovulation	-Grossesse ectopique en 1995 -Au public seulement : spermogramme, vérification des	-Trop d'effets physiques dus à la prise d'hormones	APRÈS TRAITEMENTS : -Projet d'adoption proposé par la F. qui avait une collègue ayant elle-même adopté en Chine



<b>Charles</b>		trompes, prise d'hormones.		-H. plus réticent ; a mis deux ans à se décider
<b>07-HF-02-00-(01) Robin et Marie-Claude</b>	-anomalie congénitale chez la F. (trompes atrophiées +demi-utérus)	-Au public : laparoscopie -Au privée : in vitro une fois (résultat = 2 embryons implantés. Grossesse à risque)	-Ne souhaitait pas revivre le stress vécu durant la première grossesse in vitro (mauvaise expérience)	NON SITUABLE DANS LE TEMPS : F : a toujours voulu adopter : idée présente depuis plusieurs années -H. d'accord avec l'adoption : ne voulait pas revivre le processus FIV
<b>08-HF-01 Christian et Laurence</b>	-Problème d'ovulation + endométriose	Au privé (Procréa) : Laparoscopie, prise d'hormones, 3 fois IAC	-Démarches in vitro trop dispendieuses versus les chances de réussite.	NON SITUABLE DANS LE TEMPS : -Projet commun et partagé dès le départ; H. tenait quand même à faire trois IAC avant l'adoption.
<b>09-F-02 Mathilde</b>	-Infertilité inexplicée	Au privé (Procréa) : deux fois in vitro	-Après deux in vitro, la femme a décidé que ça en était assez (moralement et physiquement)	APRÈS TRAITEMENTS : -Projet d'adoption proposé par la F : H. complètement fermé au départ -Élément déclencheur : la 'Une' du Journal de Montréal un samedi qui présentait des petites filles de Chine
<b>10-HF-01 Patrice et Catherine</b>	-cause principale : H. en fauteuil roulant suite à un accident = problème d'éjaculation.	Au privé (Procréa) : deux fois in vitro. Vu les circonstances (éjaculation qui aboutit dans la vessie) pas de possibilités pour autre démarche.	-Deux échecs in vitro : considérés comme assez (moralement et physiquement)	ENTRE DEUX TRAITEMENTS : -Projet d'adoption proposé par l'H. ; F. plus réticente au départ -Aussi : couple d'amis qui avait adopté
<b>11-HF-01-(01) Francis et Sarah</b>	-Problèmes de santé chez la femme + âge	-Aucune démarche en infertilité	-Problèmes de santé de la F : devenait une grossesse à risque -F. cancer qq années auparavant : ne voulait pas retourner dans le milieu médical	APRÈS TRAITEMENTS : -Elément déclencheur : une cousine ayant adopté les invite à souper -Pas un qui a eu l'idée plus que l'autre avant cette soirée
<b>12-F-01-(01) Odile</b>	-Endométriose -Kyste ovarien	-Au public : opération pour endométriose (retrait adhérences) -Au privé (Procréa): prise d'hormones, 1 fois IAD (complication = éclatement d'un kyste ovarien)	-Complications physiques (kystes) : la F. a dit « c'est assez » ; trop de conséquences physiques	APRÈS TRAITEMENTS : -Projet proposé par la F. ; aurait même souhaité arrêter les traitements avant, mais H. plus réticent à adopter
<b>13-HF-01 Brian et Zoé</b>	-H. quantité de sperme moindre -F. cause incertaine	Au public : 10 fois IAC (implique prise d'hormones) -F. 28 ans au moment des IAC ; en attente du 30 ans pour pouvoir adopter (explique # élevé d'IAC)	-F. trouvait le processus in vitro trop lourd moralement et financièrement: préférerait de loin l'adoption à la FIV	NON SITUABLE DANS LE TEMPS : -Projet initialement proposé par la F. qui a toujours voulu adopter; H. d'accord, mais pas l'investigateur du projet
<b>14-HF-02 Kevin et Juliette</b>	-Endométriose sévère -Divers problèmes chez la femme: kystes dermoïdes,	Au public seulement : -1 <sup>ère</sup> opération (15 ans) : kyste dermoïdes (ablation d'un ovaire-la conception demeurait possible)	-H. considérait qu'aller en FIV aurait été de trop pousser la nature	APRÈS TRAITEMENTS : -Élément déclencheur pour les deux membres du couple : une collègue de l'H. qui avait elle-même

	endométriose	-À l'âge adulte : 3 opérations pour endométriose -A 32 ans : hystérectomie (s'est fait enlever utérus et ovaires)	-Trop d'investissement émotif et financier pour les chances de succès	adopté en Chine -Idée du projet d'adoption qui n'est pas venu plus que de l'un que de l'autre.
<b>15-HF-02</b> <b>Martin et Véronique</b>	-infertilité inexplicée	Au public : 14 fois IAC (implique prise d'hormones et nettoyage du sperme pour l'homme)	-F. trouvait le processus in vitro "trop gros" ; (tannée d'être dans le médical) -Frais trop élevés versus les possibilités de succès (peur d'être encore déçus)	APRÈS TRAITEMENTS : -Élément déclencheur : un couple d'amis qui avait adopté -Idée d'adopter initialement proposée par la F :
<b>16-HF-01</b> <b>Robert et Martine</b>	Infertilité masculine (ne donne pas de détails)	Au privé (Procréa) : ont essayé l'IAD deux fois (davantage la volonté de l'homme)	La prochaine étape était l'insémination intra-utérine : trop de risques, trop de délais (avait déjà fait les IAD un peu à contre-cœur)	NON SITUABLE DANS LE TEMPS : -F. avait l'idée d'adopter avant les IAD; H. n'était pas prêt à ce moment-là. -Élément déclencheur pour H. : couple d'amis qui avait adopté en Chine
<b>17-F-01</b> <b>Laurie</b>	Aucune infertilité connue	Aucune démarche médicale	-F. pas à l'aise avec l'accouchement (renonciation volontaire à l'enfant biologique)	NON SITUABLE DANS LE TEMPS : -F. a toujours voulu adopter : H. a accepté d'embarquer dans le projet -Élément déclencheur pour H. : brève rencontre d'un papa adoptif au gym.
<b>18-HF-02</b> <b>Jérôme et Annie</b>	Causes plus ou moins connues : sperme moins fort chez H./ inconnues chez la F.	Au public : environ 12 IAC (avec prise d'hormones)	-Les médecins ont proposé l'IAD : pas d'accord (F. peur des possibles risques sur le couple) -Dès le départ : pas question de se rendre en FI: «c'était de trop forcer la nature » : implique des risques	APRÈS TRAITEMENTS : -Idée initialement proposée par la F. : H. fermé à cette option -Élément déclencheur pour le couple (particulièrement pour l'H.): rencontre d'un couple adoptif lors d'un congrès dans le cadre du travail.
<b>19-HF-02</b> <b>Bernard et Nadine</b>	Infertilité masculine (pas infertilité totale; sperme de qualité moindre)	-Spermogramme	-pas de poursuite des traitements : F. n'avait pas le goût d'enfanter ; H. ne tenait pas à reproduire / à renouveler son Soi (lié au bagage familial)	APRÈS TRAITEMENTS -VERDICT : -Élément déclencheur pour la F. : rencontre d'une ancienne collègue de travail qui avait adopté. -Proposition facilement acceptée par H.
<b>20-F-03</b> <b>Danielle</b>	-infertilité inexplicée	Au public : laparoscopie; prise d'ovulants pendant 2 ans. -Probablement IAC (mais elle ne le mentionne pas)	-F. exténuée, d'être le centre des interventions ; lasse de subir les investigations médicales -Par rapport à la FIV : pas envie de faire un "bébé mécanique"; le projet FIV ne l'emballait pas du tout; chances de réussite trop minimes .	APRÈS TRAITEMENTS : -Élément déclencheur : amie qui avait adopté en Chine ; elle a alors amené son conjoint visiter l'amie en question -H. plus réticent à l'adoption :

<b>21-H-02-(01)</b> <b>Simon</b>	-aucune infertilité connue	Aucune démarche médicale	-F. pas à l'aise avec l'accouchement (renonciation volontaire à l'enfant biologique)	NON SITUABLE DANS LE TEMPS : -Lors de vacances à la plage : vue de 2 petites filles d'origine colombienne avec leurs parents adoptifs -Proposition facilement acceptée par H.
<b>22-HF-02</b> <b>Dominic et France</b>	-Endométriose répétitive chez la F. -Sperme de moindre qualité chez H.	Au public : 4 fois IAC	-Médecins proposent IAD: H. n'est pas d'accord /F aurait voulu l'essayer -Prochaine étape = FIV : chances trop minimes versus coûts impliqués	APRÈS TRAITEMENTS : -Lors de vacances à IPE: vue de 2 petites filles d'origine chinoise avec leurs parents adoptifs : suivi d'une rencontre avec la sœur d'une collègue de la F: avait adopté elle aussi en Chine -Processus vécu en commun
<b>23-F-01-(01)</b> <b>Sylvianne</b>	-infertilité inexplicée	Au privé : quelques IAC (combien ?) -deux fois in vitro	Deux échecs en FIV : les démarches d'adoption débutées lors de la 2 <sup>ème</sup> FIV : clair dans le couple qu'ils ne faisaient pas plus de deux essais.	NON SITUABLE DANS LE TEMPS : -F. a toujours voulu adopter : H. bep plus réticent à l'idée d'adopter. (réflexion plus longue pour l'H.) -Élément déclencheur pour H. : la lourdeur du processus médical.
<b>24-H-02</b> <b>Lionel</b>	-causes inconnues (même pas de verdict d'infertilité)	Aucune démarche médicale	Les deux membres du couple ne voulaient pas d'investigations médicales	NON SITUABLE DANS LE TEMPS : -Adoption déjà présente dans leur vie : H. lui-même adopté (par son père) -Projet d'adoption qui ne fait pas l'objet de débats.
<b>25-HF-02</b> <b>Georges et Geneviève</b>	-infertilité inexplicée	Privé ou public (?) -laparoscopie ; 1 <sup>ère</sup> IAC = grossesse puis fausse-couche; 2 <sup>ème</sup> IAC= échec	-Ne voulaient pas forcer davantage la nature -Option FIV: considérée comme une méthode qui va trop loin	APRÈS TRAITEMENTS : -Idée plus claire pour la F que pour l'H. -Pour les 2 ; pas une idée qui est venue d'un coup ; cheminement progressif
<b>26-HF-01-(01)</b> <b>Marc-André et Edith</b>	-Chirurgie chez la F. (jeune adulte) -Problèmes de kystes ovariens	Au public : F. à l'âge de 20 ans : Chirurgie= perte d'un ovaire -laparoscopie -1 <sup>ère</sup> IAC : stimulation ovarienne = kyste= opération -4 fois IAC sans stimulation ovarienne	-La prochaine étape FIV : trop d'implications physiques pour la F. ( <i>comme la FIV implique obligatoirement stimulation ovarienne = kyste pour la femme= opération supplémentaire</i> )	NON SITUABLE DANS LE TEMPS : -La F. est elle-même adoptée (du système des crèches) + problèmes du système reproductif depuis la fin de l'adolescence. -H. connaissait dès le début de la relation les possibilités d'infertilité de la F. ; était ouvert à l'adoption.
<b>27-HF-01 (01)</b> <b>Pascal et Félicia</b>	-infertilité inexplicée	-Grossesse normale= fausse-couche -Au public : divers tests; hormones; 1 fois IAC avec sperme du conjoint -Au privé : une fois in vitro	-F. ne voulait pas l'essayer plus qu'une fois (demeure craintive par rapport à la prise de médicaments et d'hormones que cela impliquait)	NON SITUABLE DANS LE TEMPS : -Les deux mères du couple sont des adoptées du système des crèches -H. et F. intéressés par l'adoption avant même les problèmes d'infertilité



<b><u>ANNEXE 7 :</u></b> <b>Ventilation des coûts d'adoption (Chine)</b>
---

**Frais au Québec**

Frais d'inscription à l'agence d'adoption: 650\$

Évaluation psychosociale: 1000\$

Certificats de mariage et de naissances: 30\$

Certificats médicaux, police: 45\$

Frais légaux, authentification du dossier, messagerie et consultation: 1200\$

Visa et passeport: 147\$

Immigration Canada: 150\$

Immigration Québec: 250\$

Traduction, traitement des rapports progrès: 75\$

**Frais de voyage**

Avion aller-retour (2 personnes): 3400\$

Avion retour pour l'enfant (si moins de deux ans): 250\$

Séjour et transport intérieur pour 13 jours: 2800\$ à 4200\$

**Frais en Chine**

Don à l'orphelinat, frais administratifs, frais de garde: 4500\$

Ouverture du dossier à l'ambassade: 410\$

Traduction du dossier: 200\$

Source : <http://www.afqa.org/> (Association des Familles Québec-Asie)