



# La naissance tardive d'une intervention psychosociale en infertilité

Lise Dunnigan

Volume 37, numéro 1-2, 1988

Par-delà les barrières des sexes

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/706388ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/706388ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

École de service social de l'Université Laval

ISSN

1708-1734 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Dunnigan, L. (1988). La naissance tardive d'une intervention psychosociale en infertilité. *Service social*, 37(1-2), 120–136. <https://doi.org/10.7202/706388ar>

Résumé de l'article

Au Québec, tous les aspects de la vie reproductive sont activement débattus. Cet article propose quelques réflexions sur les bases d'une approche différente du problème de l'infertilité, incluant des dimensions subjectives, évolutives et interactives, et sur la place que pourrait prendre l'intervention psychosociale auprès des personnes qui vivent cette situation. L'auteure conclut sur l'intérêt de développer une approche d'intervention féministe sur cette question.

DUNNIGAN, Lise, agente de recherche et de planification socio-économique, Ministère de la santé et des services sociaux.

## **La naissance tardive d'une intervention psychosociale en infertilité <sup>1</sup>**

*Lise Dunnigan*

Au Québec, dans la foulée des questionnements féministes autour des technologies de reproduction humaine, tous les aspects de la vie reproductive sont activement débattus. Cet article propose quelques réflexions sur les bases d'une approche différente du problème de l'infertilité et sur la place que pourrait prendre l'intervention psychosociale auprès des personnes qui vivent cette situation, pour conclure sur l'intérêt de développer aussi, éventuellement, une approche d'intervention féministe face à cette question.

### **Le contexte actuel**

Bien des débats ont marqué l'année 1988 en matière de vie reproductive. En janvier, la Cour suprême du Canada invalidait le cadre légal imposé à la pratique des interruptions de grossesse, ouvrant la voie à de nouveaux positionnements politiques et à une éventuelle réorganisation des services.

En juin, le Comité de travail sur les nouvelles technologie de reproduction présentait au Ministère québécois de la santé et des services sociaux un rapport (M.S.S.S., 1988) contenant quatre-vingt-deux avis de recommandations visant à encadrer le développement de la pratique clinique, en évolution passablement anarchique depuis une dizaine d'années. On attend aussi au cours de l'année de nouvelles orientations ministérielles en périnatalité, notamment au sujet de la reconnaissance professionnelle des sages-femmes. De plus, on parle beaucoup de politique familiale et même de politique nataliste.

Ces événements créent, pour le mouvement féministe, une conjoncture de réflexion particulièrement intéressante puisqu'ils mettent en jeu, sur plusieurs plans, le pouvoir des femmes sur leur vie reproductive

et sur leur corps, et qu'ils interpellent sous différents angles notre vision de la maternité. On doit même constater que les positions qui s'élaborent autour des problématiques nouvelles nous conduisent à questionner ou à reformuler des analyses plus anciennes du rapport des femmes à la transmission de la vie.

Ainsi, après les années de luttes centrées sur le droit des femmes à la contraception et à l'avortement, le mouvement d'humanisation de la naissance et de l'accouchement est venu donner une voix au désir des femmes de mettre au monde les enfants qu'elles veulent en récupérant le pouvoir pris par la médecine sur leurs maternités.

Plus récemment, les réactions féministes (Arditti et al, 1984 ; Corea 1985) aux percées fulgurantes réalisées depuis la première fécondation *in vitro*, en 1978, ont bien sûr dénoncé la réduction des problèmes d'infertilité à leurs seules dimensions biologique et individuelle, les modes d'intervention curatifs et hautement médicalisés, et certaines attitudes médicales incompatibles avec le droit des femmes à l'autodétermination et à l'intégrité physique, analyses déjà développées à propos du rapport des femmes à la gynécologie et à la médecine en général. Mais des situations radicalement nouvelles — comme le morcellement et la commercialisation de la fonction reproductive ou les possibilités de manipulation des embryons humains — suscitent d'autres prises de position qui semblent contredire, par moments, la revendication du droit à l'autonomie reproductive ou celle de l'accès libre et gratuit aux moyens de contrôle des naissances. Il devient donc nécessaire de réarticuler entre elles l'ensemble des analyses touchant les femmes et la reproduction.

En ce qui a trait à la reproduction artificielle, les critiques féministes s'efforcent surtout à l'heure actuelle, et avec raison, de démontrer que les problèmes de fertilité ne sont pas vraiment au cœur des enjeux qui modulent ce champ du développement scientifique. Une telle démonstration a toute son importance du point de vue stratégique. Mais il demeure qu'en parallèle, d'un point de vue plus théorique, notre discours est assez peu élaboré quant aux droits et aux besoins des femmes en regard de leur fertilité. On peut même avoir l'impression que l'infertilité n'est pas vue, par les féministes, comme un problème d'importance qui vaille la peine d'être intégré à notre vision de la vie reproductive des femmes. À peine avons-nous conscience des abus commis dans d'autres régions du monde en vue du contrôle des populations ; nous sommes ici plus inquiètes des pressions natalistes et de la contrainte à la maternité que des limitations imposées au choix de se reproduire.

J'estime malgré tout que la formulation d'une alternative féministe à l'approche médicale actuelle des problèmes de fertilité est à faire, et je

soumets l'hypothèse qu'un tel effort de formulation aurait l'intérêt de renouveler notre analyse des droits des femmes au plan de la reproduction, de lutter contre une nouvelle forme de division entre les femmes dites fertiles et celles dites infertiles, et d'orienter notre action vers une meilleure connaissance de l'expérience réelle des femmes.

Celles qui ont participé, en novembre 1987, à la rencontre organisée par le Conseil du statut de la femme (C.S.F., 1988) ont pu observer que l'on y déplorait la perspective étroitement biologique et médicale dans laquelle s'exerce l'intervention en infertilité. Dans ce qui suit, je veux exposer pourquoi cet état de fait doit être remis en question et comment le développement d'une perspective psychosociale pourrait orienter autrement les modes d'intervention.

### **La définition médicale de l'infertilité**

Commençons par situer l'interprétation médicale du problème des personnes infertiles. La définition clinique généralement acceptée, en Amérique du Nord, pour « diagnostiquer » une situation d'infertilité est la suivante : « inhabilité à concevoir après des relations sexuelles normales sans méthode contraceptive après un an de bonne exposition » (M.S.S.S., 1988 : 12-13).

Soulignons deux éléments clés de cette définition. Le premier est qu'elle porte sur la situation d'un *couple* donné. Hormis le fait que ce terme exclut a priori les personnes seules et qu'implicitement, il écarte aussi les personnes à orientation homosexuelle, il est tout à fait fondé puisque les facteurs d'infertilité présents chez un individu jouent de façon plus ou moins déterminante sur les probabilités de conception, dépendamment du partenaire avec lequel cette personne cherche à concevoir ; par exemple, certaines réactions de rejet du sperme au niveau du col de l'utérus se manifestent à l'endroit du sperme d'un homme en particulier et pas envers celui d'autres hommes. Il y a donc ici une composante bio-sociale puisque le choix ou la présence d'un partenaire donné fait partie de la problématique à laquelle le médecin s'adresse. On pourrait ajouter que le désir d'enfant qui amène les couples à consulter est lui aussi fonction du rapport entre ces deux personnes et pose donc une demande d'origine psychosociale.

Le second élément est le facteur « temps ». On y pose le *délai* d'un an comme une norme à laquelle sont comparés les délais rencontrés par les couples qui cherchent à entreprendre une grossesse, et qui permet d'établir à quel moment il y a lieu d'entreprendre une investigation médicale. L'élément « temps » est justifié puisque la conception est en partie un jeu de hasard auquel on ne gagne pas à coup sûr. En

démographie, on estime à environ 25% les chances de fécondation à chaque cycle menstruel (Rochon, 1986).

Or, au bout d'un an, la proportion de femmes ayant cessé tout recours à la contraception et qui deviennent enceintes se situe, selon les enquêtes (M.S.S.S., 1988 : 12), aux environs de 87%, ce qui, en appliquant la définition énoncée plus haut, fait dire qu'il y aurait quelque 13% de couples infertiles dans la population. Mais les études démographiques révèlent aussi qu'au bout de deux ans, la moitié de ces femmes dites infertiles deviennent enceintes, et ainsi de suite, pour faire qu'au bout du compte à peine 3% ou 5% de femmes demeurent sans enfant au cours de leur vie.<sup>2</sup>

Il y a donc ici une variable qui dépasse clairement le champ de l'intervention médicale, c'est-à-dire une norme culturelle et toute relative, à l'intérieur de laquelle on évalue les efforts d'un couple donné pour obtenir une grossesse. Cette définition permet à la médecine de s'approprier tout le champ d'interprétation des problèmes d'infertilité en recouvrant sous le diagnostic d'« infertilité idiopathique » les cas où l'absence de grossesse ne peut être attribuée, après investigation, à un facteur physiologique. Elle efface ainsi toutes les composantes non médicales et se réserve le rôle de découvrir les causes biologiques encore inconnues qui sont supposément à son origine. Dans une telle optique, toute autre approche d'intervention apparaît incongrue.

Je veux souligner enfin que cette conception médicale de l'infertilité (de même que toute l'argumentation justifiant la mise en œuvre de services de reproduction artificielle comme services de santé essentiels) pose implicitement le désir d'enfant comme un fait simple, évident, inné, statique, mais impératif, sans issue autre que la conception biologique, et n'appelant rien d'autre que le déploiement illimité de moyens bio-technologiques, en comptant bien sûr que les patientes sauront physiquement et émotivement tenir le coup.

La plupart des discours à la défense de l'accès à la fécondation *in vitro* ou encore un don d'ovules ou d'embryons ne vont pas au-delà du premier constat : le désespoir et la souffrance très réels des femmes et des couples incapables de concevoir. Or, c'est là essentiellement que se situe le cœur du problème de l'infertilité au plan individuel, et là que l'analyse et l'élaboration des interventions ont été laissées en plan.

## **L'infertilité comme expérience**

Il y aurait certainement beaucoup à dire sur la nécessité d'une approche cohérente des facteurs d'infertilité au plan médical, à savoir la prévention des infections pelviennes très souvent associées aux maladies

transmissibles sexuellement (M.T.S.) et la recherche de solutions nouvelles au problème du contrôle des naissances (la stérilisation volontaire étant une indication croissante dans les salles de chirurgie<sup>3</sup> et dans les cliniques de fécondation *in vitro*). J'y reviendrai brièvement plus loin.

Mais au plan individuel, une autre formulation des problèmes d'infertilité serait utile. Me référant au principe féministe qui privilégie de définir la réalité et la situation des femmes du point de vue de leur propre expérience, je donnerais la définition suivante de l'infertilité féminine :

- l'infertilité est au départ un état à savoir ne pas être mère (ou ne pas être mère une fois de plus), et n'est donc pas en soi problématique ;
- cet état doit nécessairement être associé à un désir ; une femme qui ne veut pas devenir mère n'est pas préoccupée par l'absence d'enfant ou, si elle l'est, elle ne vit pas cette situation comme un problème d'infertilité mais comme un problème d'ajustement, soit au désir d'enfant de son conjoint qu'elle ne partage pas, ou encore à un environnement social qui rejette et marginalise les femmes volontairement infécondes ;
- ce désir d'être mère doit enfin être *contrarié* par un obstacle habituellement rencontré dans un délai qui, peu à peu, devient plus ou moins insupportable ; il s'agit aussi, dans certains cas, d'un facteur physiologique identifié, chez elle ou chez son conjoint, ou encore chez les deux à la fois.<sup>4</sup>

Une telle définition offre une perspective beaucoup plus subjective et complexe, mais se rapproche probablement davantage de la réalité. Elle intègre un constat de fait avec une dimension subjective de désir et de souffrance, ainsi qu'avec des dimensions évolutive et interactive qui sont complètement évacuées de la définition médicale. Ces aspects sont d'ailleurs tout aussi absents, en général, de l'intervention clinique ; en effet, des témoignages de femmes recueillis dans trois cliniques québécoises (Ouellette, 1987) indique que le long et difficile parcours médical s'effectue en même temps qu'un autre, émotif et relationnel celui-là, tout aussi éprouvant pour la femme et son partenaire. Les équipes médicales ne reconnaissent pas nécessairement cette réalité comme une composante intrinsèque de la situation, mais plutôt comme une interférence parfois malencontreuse sur la coopération ou la persévérance des patientes. Bien que certains médecins soient sensibilisés à l'importance d'un support psychosocial, il demeure que la médecine a toujours grand-peine à adopter une vision plus globale et à tenir compte des personnes autant que des symptômes.

Ainsi, les premières cliniques australiennes de fécondation *in vitro* qui envisagèrent d'intégrer une intervention psychosociale, l'ont fait en grande partie pour évaluer les couples candidats à cette technique et choisir ceux dont l'équilibre et la stabilité offraient des conditions de réussite acceptables, de même que de bonnes perspectives de capacité parentale (Corea, 1985).

Lorsque le désir d'enfant fluctue chez la femme en cours d'investigation ou de traitement, lorsque des tensions se développent avec son conjoint, lorsque des couples songent à abandonner d'eux-mêmes la démarche, les membres de l'équipe médicale ont souvent l'impression d'être empêchés d'accomplir leur travail, d'atteindre leur objectif professionnel, de parvenir à ce qu'ils voient comme leur raison d'être : une grossesse viable. La grossesse est évidemment le premier souhait des patientes, à leur arrivée, mais cet objectif peut être remis en question et la résolution du problème d'infertilité peut bifurquer vers une autre solution au fil des étapes médicales et des interactions à l'intérieur du couple. Trop peu de médecins savent respecter ces cheminements sans y voir un échec de leur part.

### **L'intervention psychosociale greffée au cadre médical**

Il semble que l'optique dans laquelle se développe jusqu'ici l'intervention psychosociale en infertilité en serait une d'évaluation préalable, d'orientation, de support et de complément à l'intervention médicale qui serait, quant à elle, le plan premier d'interprétation et de résolution du problème. C'est en partie ainsi que le conçoit par exemple, une équipe de médecins et de travailleuses et travailleurs sociaux américains (Greenfeld et al., 1986 : 78-79) :

« Dans un cadre où elle donne du support, la travailleuse sociale définit et explique le langage complexe du traitement médical ».

« La travailleuse sociale rencontre tous les couples candidats et évalue leur capacité à faire face au stress, à la quantité de temps nécessaire et au désappointement que le programme peut occasionner. »

S.M. Needleman (1986) propose la définition suivante du rôle des travailleuses et travailleurs sociaux associés à des programmes de fécondation *in vitro* : orientation des couples à leur arrivée, évaluation psychosociale en fonction du stress éventuel de la procédure, relation d'aide à toutes les étapes de la procédure, examen des alternatives avec le couple lors d'un résultat négatif et formation de groupes de support en collaboration avec l'infirmière du programme.

Le principal problème auquel Needleman s'adresse est que les travailleurs sociaux n'interviennent auprès des couples infertiles qu'après leur inscription au programme de fécondation *in vitro* alors qu'ils devraient avoir l'occasion, au préalable, de clarifier leur choix et d'évaluer leur capacité d'assumer ce choix financièrement et émotivement (Needleman, 1986 : 141).

Ken R. Daniels, de l'Université de Canterbury (Nouvelle-Zélande), rapporte que ses premières collaborations avec une équipe clinique médicale pratiquant l'insémination artificielle découlèrent du souhait d'établir l'admissibilité des couples désireux d'obtenir le service. Ses travaux le conduisirent par la suite à une série d'études sur les aspects psychosociaux de l'insémination avec donneur (I.A.D.) et de la fécondation *in vitro* (F.I.V.).

L'une des principales réflexions qu'il dégage de cet ensemble de recherches est que l'approche psychosociale des technologies de reproduction n'est pas encore scientifiquement établie.

« Les nouvelles technologies de reproduction sont sous le contrôle des professions médicales et scientifiques. Il y a une raison évidente à ceci : l'infertilité, à la source de l'I.A.D. et de la F.I.V. est vue en premier lieu comme un problème médical qui requiert une intervention médicale. Les couples impliqués dans les programmes concernant l'I.A.D. et la F.I.V. ont comme but la création d'un enfant et c'est le personnel médical qui va les aider à réaliser ce but. Il est en conséquence concevable, qu'aux yeux du personnel médical et des couples, les facteurs psychosociaux jouent un rôle mineur et secondaire.

« La perspective psychosociale, qui couvre une large gamme de facteurs psychologiques et sociaux, apparaît dans la littérature comme centrée sur les implications et les conséquences des nouvelles technologies de reproduction — c'est d'abord une position réactive. Une partie du personnel médical perçoit avec inquiétude la sphère psychosociale comme un facteur de freinage aux développements scientifiques. Dans de telles situations, la compétition et la méfiance prennent place. Si l'on travaille pour établir la validité et la contribution de la perspective psychosociale, il est nécessaire de reconnaître une telle dynamique. » (Daniels, 1986 : 55.)

Il soutient ainsi que pour obtenir une reconnaissance de la validité de la perspective psychosociale, celle-ci doit apporter une contribution spécifique, ce qui ne peut être obtenu et démontré qu'au moyen de la recherche. Ce travail en soi est un premier défi puisque, concrètement, l'accès aux couples impliqués dans l'I.A.D. ou la F.I.V. doit être obtenu par l'intermédiaire de la profession médicale. « De telles personnes n'étaient pas les clientes des travailleuses sociales [...]. Les négociations pour y avoir accès étaient longues et parfois pleines d'embûches. On



doit s'attendre à cela quand on reconnaît qu'une discipline professionnelle s'introduit dans le territoire d'une autre discipline.» (Daniels, 1986 : 55-57.)

Une autre source (Valentine, 1986) rapporte, à partir d'une étude réalisée à l'Université de Caroline du Sud auprès de vingt-six personnes infertiles et engagées dans des interventions médicales depuis de nombreuses années, que tous les sujets interviewés, sans exception, font état de réactions émotives intenses reliées à l'infertilité. Comme plusieurs auteurs, elle parle de l'infertilité comme d'une situation de crise et suggère que l'intervention psychosociale soit l'un des modes d'intervention à considérer à l'intérieur des cliniques de reproduction. Elle indique aussi que les spécialistes de l'infertilité qui adoptent des approches où se reflète leur considération pour les besoins émotifs et la vulnérabilité des patients sont activement recherchés par ces derniers, cette qualité étant aussi fortement appréciée que la compétence médicale. Finalement, elle laisse entendre que l'on connaît encore très mal le processus de résolution de l'infertilité chez les individus et à l'intérieur des couples, connaissances qui seraient utiles à l'élaboration d'une pratique médicale et psychosociale adéquate, indépendamment de l'issue des interventions pratiquées.

### **La situation dans les cliniques québécoises**

Au Québec comme ailleurs, l'intervention psychosociale a émergé tardivement, bien après la mise en place des équipes médicales spécialisées en infertilité et en reproduction artificielle. Les cliniques où se pratiquent la fécondation *in vitro* depuis quelques années se sont récemment dotées de la collaboration de psychologues, psychiatres ou travailleuses et travailleurs sociaux. Certains d'entre eux travaillent sans modèles d'intervention validés ; ils doivent innover sur le terrain, sans disposer de lieu d'échange, et pratiquement sans contacts professionnels entre eux. Leurs rapports avec les équipes médicales et leur insertion dans le processus d'intervention ne semblent pas non plus définis de façon entièrement satisfaisante.

On commence cependant à voir la nécessité d'une recherche et d'une réflexion communes pour le développement et la reconnaissance d'une intervention professionnelle psychosociale, tant en ce qui a trait aux problèmes d'infertilité qu'en ce qui concerne le recours à la reproduction artificielle.

Par exemple, au Centre hospitalier Saint-Luc, à Montréal, la Clinique de fertilité entreprendra sous peu un projet de recherche conjoint avec le Département de psychologie de l'Université de Montréal afin de

recueillir des données d'ordre psychosocial sur la clientèle de la clinique, et éventuellement, offrir des services plus adaptés.

L'Association des centres de services sociaux du Québec a pour sa part amorcé une démarche exploratoire à l'intérieur de sa structure, en se questionnant d'abord sur les nouvelles relations conjugales et familiales découlant du recours aux tierces personnes dans la conception d'un enfant, le plus souvent les donneurs de sperme, mais plus récemment les donneuses d'ovules ou d'embryons et les mères sous contrat (mères « porteuses »). Les implications de ces pratiques sur les rapports de filiation, aux plans légal et humain, doivent être examinées par les intervenantes et intervenants sociaux et les analogies avec les situations d'adoption sont à clarifier. Un document de réflexion a été soumis aux directeurs généraux des Centres de services sociaux (C.S.S.), réunis en assemblée en juin 1988, et l'Association envisage de soumettre bientôt au Ministère de la santé et des services sociaux ses commentaires à propos du rapport du comité de travail sur les nouvelles technologies de reproduction dont il a été question plus haut.

### **Pour un renversement de perspective**

Au moment de construire une approche psychosociale de l'infertilité et des interventions en reproduction artificielle, un premier pas serait peut-être de resituer l'infertilité comme un problème de nature essentiellement psychosociale (pouvant ou non être associé à un problème biologique) et de concevoir les interventions médicales ayant trait à l'infertilité non pas surtout comme des « traitements » dictés par une pathologie mais comme des choix posés en fonction d'un projet parental.

Le fait de considérer les facteurs biologiques comme une composante parmi d'autres n'équivaut pas à les nier ni à écarter la voie de l'intervention médicale comme un recours valable. Il permet plutôt de les insérer dans une approche plus globale, de reconnaître leur articulation à d'autres dimensions du problème et, ultimement, de mieux apprécier le sens du diagnostic, de la demande et du consentement à l'acte médical, du choix de persévérer, d'interrompre temporairement ou de mettre fin au processus, voire, de modifier la formulation des objectifs poursuivis.

Ainsi, il faut reconnaître que dans une certaine proportion des cas présentés aux cliniques d'infertilité (entre 10% et 30%, selon les sources) (M.S.S.S., 1988 : 18), aucun diagnostic médical précis ne peut être posé. Dans bien d'autres cas, les diagnostics permettent d'identifier un facteur physiologique ou plus qui diminue les chances de concevoir chez un couple donné, sans toutefois en faire un couple stérile. Enfin, le recours

aux interventions médicales envisageables doit être choisi en tenant compte des probabilités de succès qui sont, elles aussi, très variables ; dans le cas de la fécondation *in vitro*, la probabilité d'un échec est effectivement beaucoup plus grande que celle d'une réussite.<sup>5</sup> Par ailleurs, les chances de réussite ne sont pas toujours plus grandes en recourant à une intervention médicale qu'en s'en abstenant, dépendant du diagnostic posé. Une étude canadienne a même démontré que les taux de grossesse observés chez des femmes ayant un même diagnostic ne diffèrent pas de façon importante selon qu'elles choisissent de recourir à un traitement médical ou de ne subir aucun traitement, sauf pour des causes cliniques sévères (par exemple : azoospermie, obstruction tubaire bilatérale) (Collins, 1983).

Ces faits, et d'autres encore, méritent d'être abordés avec attention au moment où des personnes ont à faire des choix. Andrée Chatel suggère :

« il importe [...] que l'entretien psychologique, qui peut parfois être proposé à la personne en manque d'enfant, ne soit pas perçu comme un contrôle ou une solution de dernier recours, mais comme un moyen offert à celui ou celle qui souffre de son infertilité de faire le point sur sa propre expérience. Expérience dont elle est seule maîtresse et juge [...] Il est aussi essentiel, quand le désir d'enfant est exprimé dans un contexte médical, que la responsabilité des choix à faire ne soit pas laissée aux seuls médecins. Les aspects éthiques, juridiques, psychologiques et sociaux doivent également être représentés. Il faut de plus pouvoir offrir aux couples concernés par l'expérience de l'infertilité un lieu où ils peuvent en parler et se faire entendre. Des moyens enfin de mieux vivre la difficulté ou l'incapacité à concevoir et de faire le choix le plus pertinent possible selon chaque situation, ce qui peut signifier la poursuite d'un projet de grossesse mais aussi le renoncement à l'enfant ou le choix d'autres façons de vivre la maternité ou la paternité. » (Chatel, 1988 : 131-133.)

On pourrait aller jusqu'à dire que l'intervention psychosociale devrait être offerte dès le départ et se poursuivre en parallèle avec l'intervention médicale, sur un mode de collaboration.

Quant à la réponse globale du système socio-sanitaire aux problèmes de fertilité dans la population, on pourrait envisager un autre virage dans l'orientation actuelle du développement des services, et ce, à quatre niveaux.

En premier lieu, plusieurs facteurs de santé qui produisent des problèmes d'infertilité sont mal connus, et de plus, leur prévention et leur traitement sont mal assurés. Je songe en particulier aux obstructions tubaires souvent causées par des infections pelviennes (M.T.S. ou autres). Je songe aussi aux stérilisations volontaires, premier moyen de

contrôle des naissances des Québécoises, et qui se pratiquent à un âge de plus en plus précoce ;<sup>6</sup> il est à craindre que cette pratique se répande en plus forte proportion encore chez les femmes plus jeunes, à mesure que la F.I.V. deviendra plus accessible, surtout si le développement de nouveaux moyens de contraception efficaces et sans danger ne progresse pas davantage. On dispose également de peu de données sur d'autres facteurs d'infertilité comme les fausses couches à répétition, les grossesses ectopiques, le stress et les conditions de vie, l'environnement et les milieux de travail nocifs.

En second lieu, on dispose de peu de moyens d'investigation et de traitement des facteurs d'infertilité masculine. Paradoxalement, certains traitements auxquels on a recours sont pratiqués sur les conjointes fertiles de ces hommes ; il en est ainsi de l'insémination intra-utérine avec stimulation hormonale et parfois même la F.I.V.

Le traitement thérapeutique des facteurs d'infertilité féminine et masculine devrait pouvoir être encore amélioré et recevoir plus d'attention que le développement de traitements palliatifs comme l'I.A.D. ou la F.I.V.

En troisième lieu, les dimensions psychosociales devraient constituer le fil conducteur de la démarche et des interventions choisies. Ainsi des interventions de première ligne en infertilité devraient offrir à la fois une information d'ordre médical sur la reproduction, et une évaluation des facteurs de santé ou autres (stress, conditions de vie, etc.) rencontrés par les personnes qui consultent.

Une première clarification de la demande d'assistance en infertilité chez l'un et l'autre partenaire pourrait être proposée aux personnes qui en expriment le besoin en même temps qu'une investigation de base de leur état de santé.

À partir du moment où une investigation a été effectuée, des choix doivent être posés à plusieurs moments et dans un contexte qui évolue nécessairement. À tout moment, l'objectif poursuivi par les intervenants psychosociaux et médicaux devrait être la résolution de la situation d'infertilité, selon le rythme et le mode d'intervention correspondant le mieux aux besoins des personnes concernées, plutôt que l'obtention à tout prix d'une grossesse viable. Les intervenants médicaux ont aussi, si les personnes le demandent, le rôle évident de résoudre un problème de santé précis lorsqu'ils peuvent l'identifier : rétablir l'équilibre hormonal, traiter une infection, corriger une anomalie utérine, etc.

Mais l'obtention d'une grossesse, bien qu'elle puisse constituer le résultat d'une intervention médicale réussie, devrait être vue non pas comme un objectif médical mais comme l'objectif personnel des couples concernés, ou plutôt l'un des objectifs qu'ils peuvent choisir de poursuivre pour résoudre leur situation.

Dans une dernière étape, si des facteurs de santé n'ont pu être identifiés dans un délai « normal » de conception, ou si ces facteurs n'ont pu être corrigés par des interventions thérapeutiques, une démarche plus poussée peut être nécessaire, aux plans personnel et conjugal afin d'aborder de façon plus directe et plus approfondie les implications de l'infertilité et celles des voies de résolution possibles. L'une de ces voies est le recours aux services palliatifs (reproduction artificielle) qui peuvent être regroupés dans une classe spécifique dans la mesure où, d'une part, ces interventions auront vraiment pour seul objet l'obtention d'une grossesse et, d'autre part, où elles ne corrigeront pas l'infertilité du couple. Les caractéristiques propres à ces services palliatifs ont une portée particulière sur le choix d'y recourir ou non :

- parce que ces interventions sont souvent exigeantes et n'ont pas toujours de grandes chances de réussite ;
- parce que leurs implications pour l'enfant et pour les liens familiaux futurs sont très grandes lorsqu'elles donnent lieu à des échanges au plan de la filiation biologique (exemple : don de sperme).

Dans les cas où ces recours sont entrepris, comme dans ceux où d'autres choix sont posés (tels que l'adoption), l'acceptation de l'infertilité et la clarification des rapports avec l'enfant qui viendra peut-être malgré cette infertilité, demeurent une dimension centrale de la démarche de chacun des deux partenaires.

Pour toutes ces raisons, je considère que l'intervention psychosociale devrait être le fil conducteur des services en infertilité et devrait servir de support, non pas à l'intervention médicale, mais à la démarche globale des personnes en recherche d'assistance. Les équipes médicales spécialisées en infertilité peuvent être mises à contribution dans la démarche choisie par les couples, mais devraient considérer leur apport comme un élément à l'intérieur d'une problématique plus complexe, savoir tenir compte de cette problématique dans leurs propres modes d'intervention et respecter les choix, les objectifs et les questionnements de leurs « patients ».

### **Pour l'élaboration d'une intervention féministe**

Ces dernières années, un nombre grandissant d'intervenantes psychosociales ont orienté leur pratique dans une perspective féministe et offrent aux femmes qui sont aux prises avec des problèmes sociaux ou de santé la possibilité de trouver une aide professionnelle basée, entre autres, sur une analyse du cadre socio-politique dans lequel se posent

ces problèmes. Elles cherchent à favoriser une plus grande autonomie et des choix plus conscients, mieux intégrés. Il serait intéressant que ces intervenantes puissent offrir aux femmes éprouvant des problèmes d'infertilité une forme d'aide individuelle ou de groupe qui appliquerait le modèle de l'intervention féministe à cette problématique particulière. Jusqu'ici, les pistes que j'ai pu relever à cet égard dans les publications féministes sont plutôt sommaires.

L'un des deux types d'intervention les plus souvent suggérés consiste à entreprendre, avec les femmes concernées, une réflexion sur les origines culturelles du désir d'enfant ainsi que sur la contrainte à la maternité comme norme imposée à l'identité féminine. Ce genre d'intervention peut être tenté individuellement, mais de préférence en groupe, de manière à relativiser le problème individuel à la lumière d'une situation collective ; il permet éventuellement de clarifier la part des difficultés éprouvées dans la situation d'infertilité qui, chez les femmes sans doute plus que chez les hommes, relève davantage de valeurs et de rôles plus ou moins intériorisés que d'un besoin intrinsèque.

Des témoignages de femmes infertiles (Ouellette, 1987) indiquent cependant que ce type de démarche, bien que valable, présente une limite importante en ce qu'il opère surtout au plan cognitif, mais qu'il agit de façon moins évidente au plan du désir et des sentiments, là où se trouve en général la dimension la plus intense des difficultés vécues. Certaines femmes, parfaitement conscientes des normes sociales auxquelles correspond leur désir, ne l'éprouvent pas de manière moins douloureuse pour autant, et ce, même après avoir renoncé à une démarche d'assistance médicale ou l'avoir abandonnée. D'autres formes d'aide sont donc à imaginer pour compléter cette approche.

Un autre type d'intervention souvent proposé est la formation de groupes de support ou de réseaux d'entraide. Ces groupes, axés vers l'orientation et l'échange, sont principalement conçus pour des femmes qui envisagent ou ont entrepris un recours médical (diagnostique, thérapeutique ou palliatif) relatif à un problème de fertilité.

Au Québec, la seule organisation apparentée à cette forme d'entraide est une association<sup>7</sup> créée en 1987 par la Clinique de fertilité de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, et qui est déjà implantée ou en voie de l'être dans d'autres centres hospitaliers où se pratique la fécondation *in vitro* (Centre hospitalier de l'Université Laval, Royal Victoria, Saint-Luc). Cette association offre des services de parrainage et des rencontres de groupe qui ne s'adressent, pour l'instant, qu'aux couples inscrits en F.I.V.

De tels groupes d'entraide pourraient aussi intéresser les femmes qui ont tenté un recours médical sans succès et cherchent, par la suite, à

redéfinir leur identité, leurs rapports amoureux, leur projet de vie, en dehors de la maternité biologique. Ces groupes sont aussi vus comme pouvant offrir un support moral et affectif précieux. Malgré une ou deux tentatives en ce sens, aucun regroupement du genre n'a encore pu se former au Québec. Il y aurait certainement davantage à faire pour développer des formes d'intervention utiles à la fois à la démarche des femmes infertiles et à la réflexion d'un plus grand nombre de femmes au sujet de l'infertilité, de la féminité et des dimensions biologique et sociale de la maternité.

Divers échanges avec des consœurs féministes et avec des femmes en situation d'infertilité m'ont convaincue qu'il existait une dichotomie malheureuse dans les discours des unes et des autres, lorsqu'elles parlent de « nous » et de « elles ». En caricaturant un peu, je dirais que les premières, indignées des pratiques médicales actuelles et des attitudes des médecins, voient les patientes de ceux-ci comme des femmes inconscientes et dominées, alors que les dernières perçoivent les féministes comme des femmes qui ne connaissent pas la force du désir d'enfant et chez qui elles ne peuvent trouver aucun appui.

Quand on y regarde d'un peu plus près, de telles frontières entre « elles » et « nous » ne tiennent pas. Il y a plutôt une infinie diversité d'histoires personnelles, disposées sur un continuum, pas très précis lui non plus. Le seul portrait des femmes interrogées par F.R. Ouellette en est un bon exemple : femmes sans enfant, femmes avec enfants conçus avec leur conjoint actuel, femmes avec enfants conçus avec un conjoint antérieur, femmes ligaturées, etc., et leurs raisons profondes de désirer un enfant sont aussi variées.

Mais au-delà de celles qui cherchent un recours médical, il y a aussi nous toutes qui vivons, à divers moments de notre vie, une sorte de souffrance en regard de nos désirs d'enfant, le regret des enfants que nous n'avons pas eus, de ceux dont nous avons avorté plus ou moins par choix, de ceux que nous avons donnés en adoption, de ceux dont nous sommes séparées, de ceux dont la garde nous est enlevée, de ceux que nous choisissons de ne pas avoir maintenant, en regard aussi de nos désirs d'enfant non partagés et de nos désirs ambivalents. La difficulté de vouloir et d'avoir des enfants est une chose que bien des femmes partagent ; il n'y a pas entre nous « une » barrière, mais des différences de plusieurs ordres et auxquelles il serait utile de réfléchir davantage, en commun.<sup>8</sup>

## Conclusion

Rappelons, pour conclure, l'observation de Daniels (1986), qui soutient que la recherche est la première façon de valider une approche nouvelle dans l'intervention en infertilité. Il y a là un très vaste champ de connaissances à couvrir, à la fois pour la recherche féministe et pour la recherche psychosociale. Au Québec, l'étude exploratoire de Ouellette (1987) a été la première à documenter l'expérience de femmes en processus d'assistance médicale pour un problème d'infertilité, et on y trouve des pistes pour une série d'autres études, en particulier sur les aspects qualitatifs de la situation d'infertilité et son évolution en cours d'assistance.

La recherche a aussi l'avantage de faire circuler, non seulement des données, mais des idées. Elle favorise des échanges et des débats parmi les intervenants et intervenantes qui partagent une pratique semblable, ce qui fait grandement défaut à l'heure actuelle, de l'avis même de ces derniers. L'Association des centres de services sociaux serait un des lieux possibles de rencontres pour de tels échanges.

La sensibilisation et la formation des professionnels de la santé et du domaine psychosocial à l'exercice de nouveaux modes de collaboration est une autre étape exigeante d'un processus de démedicalisation de l'infertilité ; ce processus devra peut-être passer par le déplacement des lieux de pratique des centres hospitaliers vers d'autres établissements du réseau, et sans doute vers des organismes de support plus autonomes.

Le développement d'une intervention féministe appelle aussi la création de nouveaux lieux de parole pour les femmes, sur cette question, et ce, idéalement, dans l'optique d'une compréhension plus intégrée de notre expérience reproductive.

## Notes

- <sup>1</sup> Je remercie Suzanne Beaudoin, Andrée Chatel, Marie Drolet, Marie Leclerc et Louise Massicotte d'avoir bien voulu commenter une première version de ce texte. Les idées exprimées ici n'engagent cependant que l'auteure.
- <sup>2</sup> Il faut encore préciser que ce pourcentage représente en fait un taux d'infécondité, c'est-à-dire de femmes demeurées sans enfant ; il inclut donc les femmes infertiles et les femmes volontairement demeurées sans enfant ; il n'inclut pas, d'autre part, les femmes devenues infertiles après la naissance d'un premier enfant.



- 3 « Parmi les actes chirurgicaux posés en infertilité la réanastomose (vaso-vasectomie chez les hommes) est celui qui a connu les plus hauts taux de croissance entre 1979 et 1984. » (PERRON, 1986, p. 27).
- 4 Ce pourrait aussi être un facteur purement social, à la limite, qui empêche la conception (i.e. refus du conjoint, absence d'un conjoint, instabilité dans la relation conjugale, contraintes économiques, peur de ne pas pouvoir remplir le rôle parental adéquatement à cause d'un âge avancé, d'un handicap physique, de la charge d'un parent invalide, etc.) ou encore un autre type de facteurs de santé (maladies génétiques, risque associé à la grossesse en raison de problèmes cardiaques, etc.) Ces difficultés sont d'un ordre sensiblement différent, mais on peut quand même faire un rapprochement.
- 5 Marcus Steiff évalue entre 6% et 9% le taux de succès des meilleures cliniques de F.I.V. au monde ; les données des cliniques québécoises, basées sur les naissances vivantes, varient entre 0% et 8%, selon le rapport du comité de travail du M.S.S.S.
- 6 Un tiers des ligatures sont pratiquées chez des femmes de moins de 30 ans (M.S.S.S., 1988).
- 7 L'Association québécoise pour la fertilité est au 8000 boul. Langelier, suite 804, Saint-Léonard, Québec H1P 3K2.
- 8 Récemment, la nouvelle revue *Reproductive and Genetic Engineering* publiait un texte intéressant de Alison SOLOMON où elle propose la mise sur pied de centres d'aide féministes en infertilité. Je tiens à signaler ce texte, bien qu'il me soit impossible d'en discuter ici : « Integrating Infertility Crisis Counseling into Feminist Practice », vol. 1, n° 1, 1988 : 41-49.

### Références bibliographiques

- ARDITTI, Rita, Renate DUELLI KLEIN et Shelley MINDEN, *Test-Tube Women. What Future for Motherhood?*, Boston, Pandora Press, 1984, 482p.
- COLLINS, J.A. et al., « Treatment-independent pregnancy among infertile couples », *The New England Journal of Medicine*, vol. 309, n° 20, 1983 : 1201-1206.
- COREA, Geina, *The Mother Machine, Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*, New York, Harper and Row, 1985, 374p.
- CHATEL, Andrée, conférence sans titre présentée dans les Actes du forum international sur les nouvelles technologies de la reproduction : *Sortir la maternité du laboratoire*, tenu à Montréal les 29, 30 et 31 octobre 1987, Québec, Conseil du statut de la femme, 1988 : 127-133.
- DANIELS, Ken R., « New birth technologies : A social work approach to researching the psychosocial factors », *Social Work in Health Care*, vol. 11, n° 4, 1986 : 49-60.
- GREENFELD, Dorothy, Michael P. DIAMOND, Ruth L. BRESLIN et Alan DECHERNEY, « Infertility and the new reproductive technology ; A role for social work », *Social Work in Health Care*, vol. 12, n° 2, 1986 : 71-81.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport du comité de travail sur les nouvelles technologies de reproduction humaine*, Québec, M.S.S.S., 1988, 120p.

- NEEDLEMAN, Sima K., « Infertility and in vitro fertilization : The social worker's role », *Health and Social Work*, vol. 12, n° 2, 1987 : 135-143.
- OUELLETTE, Françoise-Romaine, « Les enfants que je veux... si je peux... », Québec, Conseil du statut de la femme, 1987, 186p.
- PERRON, Céline, « Portrait statistique des couples qui ont recours à l'assistance médicale pour résoudre un problème d'infertilité », Québec, Conseil du statut de la femme, 1986, 55p.
- ROCHON, Madeleine, *Stérilité et infertilité, deux concepts, deux réalités*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 1986, 36p. (« Études de santé ».)
- Sortir la maternité du laboratoire*, Actes du forum international sur les nouvelles technologies de la reproduction tenu à Montréal les 29, 30 et 31 octobre 1987, Québec, Conseil du statut de la femme, 1988, 423p.
- VALENTINE, Deborah P., « Psychological impact of infertility : Identifying issues and needs », *Social Work in Health Care*, vol. 11, n° 4, 1986 : 61-70.