

LES NORMES DE LA MATERNITÉ EN FRANCE À L'ÉPREUVE DU RECOURS TRANSNATIONAL DE L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

Virginie Rozée Gomez

Union nationale des associations familiales (UNAF) | « [Recherches familiales](#) »

2015/1 n° 12 | pages 43 à 55

ISSN 1763-718X

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2015-1-page-43.htm>

Pour citer cet article :

Virginie Rozée Gomez, « Les normes de la maternité en France à l'épreuve du recours transnational de l'assistance médicale à la procréation », *Recherches familiales* 2015/1 (n° 12), p. 43-55.
DOI 10.3917/rf.012.0043

Distribution électronique Cairn.info pour Union nationale des associations familiales (UNAF).
© Union nationale des associations familiales (UNAF). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

LES NORMES DE LA MATERNITÉ EN FRANCE À L'ÉPREUVE DU RECOURS TRANSNATIONAL DE L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

Virginie Rozée Gomez

L'assistance médicale à la procréation (AMP) permet aujourd'hui aux femmes, aux hommes et aux couples infertiles de réaliser un projet procréatif et parental. En France, cependant, elle est réservée aux couples hétérosexuels en âge de procréer et les techniques proposées privilégient une reproduction intra et bio-conjugale avec une participation exclusive du corps de la mère. En ce sens, l'encadrement de l'AMP est révélateur des normes dominantes d'accession à la maternité en France. Or, en partant à l'étranger pour bénéficier d'une AMP, en transgressant pour certaines les règles juridiques, les femmes interrogées dans le cadre de notre étude, ne réunissant pas toutes les conditions normatives de la maternité, contreviennent à ces normes dominantes. L'article s'intéresse aux caractéristiques de ces femmes et à leur représentation de la maternité, ainsi qu'aux arrangements faits pour se créer des espaces de légitimité. Volontairement ou non, de façon plus ou moins assumée, elles participent de ce fait à la complexification et à la diversification des normes parentales et familiales.

◀ Introduction

Avec l'apparition dans les années 1980 et le développement à partir des années 1990 des techniques procréatives, regroupées sous le terme générique d'« assistance médicale à la procréation » (AMP)^[1], il est aujourd'hui possible pour les femmes, les hommes et les couples infertiles de concevoir un enfant. En France, l'AMP représente 2,4 % des naissances, une proportion en

[1] Les principales techniques d'AMP sont l'insémination artificielle (IA) et la fécondation *in vitro* (FIV). L'IA est une technique où le sperme est déposé dans l'utérus pour favoriser la fécondation au sein de l'appareil reproductif de la femme. Elle peut être réalisée avec le sperme du conjoint (terme incluant le concubin) ou d'un donneur connu ou inconnu. La FIV est une technique où la fécondation a lieu en éprouvette, l'embryon étant ensuite replacé dans l'utérus. Elle peut être réalisée avec les gamètes des parents et/ou avec ceux de donneuses/donneurs : on parle alors de don d'ovocyte, de don de sperme, de double don et d'accueil d'embryon. L'embryon peut être replacé dans l'utérus de la mère ou dans l'utérus d'une autre femme (on parle alors de gestation pour autrui).

constante augmentation depuis 30 ans^[2]. Tous les Français(es) n'ont pas pour autant accès à ces techniques dans le pays. En effet, l'AMP y est réservée aux hommes *et* aux femmes, en âge de procréer et dont l'infertilité a été médicalement diagnostiquée^[3].

La France fait partie, avec l'Allemagne, l'Italie et la Suisse, des pays d'Europe ayant une législation particulièrement restrictive concernant l'accès aux nouvelles techniques procréatives^[4]. Dans d'autres pays européens tels que le Royaume-Uni, la Belgique, l'Espagne, la Grèce ou le Danemark, l'AMP est un recours possible pour toutes les femmes, indépendamment de leur âge, de leur situation matrimoniale et/ou de leur orientation sexuelle. Par ailleurs, en France, le recours à certaines techniques est limité. C'est le cas du don de gamètes et principalement du don d'ovocytes pour lequel il y a, contrairement à des pays comme l'Espagne ou la Grèce, des listes d'attente de plusieurs années^[5]. Enfin, des pratiques et techniques médicales, telles que la gestation pour autrui (GPA) ou le double don, sont interdites mais sont possibles dans d'autres pays européens comme en Belgique, au Royaume-Uni ou en Grèce (uniquement pour les résident(e)s^[6]). Ces différences concernant les conditions d'accès et les offres médicales créent au niveau mondial, ne serait-ce qu'en Europe, ce qui est communément appelé du « tourisme procréatif » désigné ici par « recours transnationaux » ou « AMP transnationale ».

Avec la médicalisation croissante de la reproduction dans un contexte de mondialisation tout aussi croissante, ces recours sont amenés à se développer. Pourtant, peu de recherches rendent compte de ces nouveaux phénomènes ni de leurs impacts dans la société française. Les rares études existantes, cliniques pour la plupart, pointent essentiellement les risques sanitaires liés à ces recours transnationaux et moins leurs effets sociologiques. Entre 2010 et 2012, nous avons donc mené une étude^[7] sur ces Français(es) qui partent dans un autre pays pour bénéficier d'une AMP. L'objectif initial était d'apporter de premiers éléments empiriques, descriptifs et compréhensifs sur les recours transnationaux engageant des Français(es). L'étude a également permis d'analyser les parcours particuliers de femmes et de couples qui empruntent des chemins différents de ceux majoritairement empruntés par la population française pour devenir parents.

Nous avons ainsi réalisé 131 entretiens auprès de Français(es) (entendu(e)s comme « personnes résidentes en France ») se rendant en Grèce (31), Belgique (21), Danemark (2) et Espagne (77), pays que nous avons identifiés comme étant des destinations européennes privilégiées pour bénéficier d'une AMP. Les centres médicaux sélectionnés dans chacun de ces quatre pays ont accepté de nous mettre en contact avec celles et ceux qui souhaitaient raconter leur expérience. Les entretiens ont permis d'analyser leurs trajectoires personnelles et médicales ainsi que les raisons qui justifiaient selon elles/eux l'utilisation de nouvelles techniques procréatives à l'étranger. La plupart des entretiens étaient individuels et réalisés auprès de femmes (63 %). Le peu d'entretiens avec des hommes interrogés seuls ou avec leur conjointe s'explique par l'absence de ces

[2] Éliane de LA ROCHEBROCHARD, « 200 000 enfants conçus par fécondation *in vitro* en France depuis 30 ans », *Population & Sociétés*, n° 451, 2008.

[3] Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, *JO*, 8 juillet 2011.

[4] Virginie ROZÉE, « L'AMP sans frontière », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 23-24, pp. 270-273, 2011.

[5] Cet accès limité s'explique par un manque de donneuses et de centres spécialisés pour satisfaire la demande croissante de dons d'ovocytes.

[6] En France, la GPA est strictement interdite au nom du respect du corps humain et de l'intérêt de l'enfant.

[7] Cette étude a été soutenue par l'attribution d'une allocation postdoctorale de l'Institut Émilie du Châtelet de la Région Île-de-France (2010-2011), et financée par l'Institut de Recherche en Santé Publique (IRESPP) et l'Agence française de la biomédecine (2010-2012).

derniers le jour de l'entretien dans le centre médical lorsque l'entretien avait lieu *in situ* ; et par le fait qu'ils n'avaient pas accompagné leur conjointe, lorsque le rendez-vous était fixé en France, avant ou après les soins reçus à l'étranger. Dans ce cas, les deux membres du couple étaient sollicités mais les hommes se sont montrés moins enclins à les réaliser. Par ailleurs, le terrain de cette étude était limité à l'Europe. Le corpus ne comporte donc pas d'hommes seuls ou en couple avec un autre homme : la seule possibilité médicale pour eux est la gestation pour autrui, un recours qui se fait essentiellement hors Europe, aux États-Unis et en Inde principalement^[8].

Le corpus est ainsi constitué de couples femmes-hommes (79 %), de couples de femmes (6 %) et de femmes seules ne vivant pas en couple (15 %). Au moment de la prise en charge dans les centres médicaux, les femmes ont entre 27 et 50 ans (âge médian : 40 ans) ; les conjoint(e)s, entre 30 et 66 ans (âge médian : 42 ans). Les principales techniques médicales utilisées ou envisagées par les personnes de l'étude sont le don d'ovocytes (66 %) et le don de sperme (15 %), les autres techniques étant le double don ou l'accueil d'embryon, la vitrification ovocytaire, la FIV « classique » (sans tiers donneur), le diagnostic préimplantatoire, et la gestation pour autrui. La majorité des répondant(e)s n'a pas d'enfant (74 %). 51 % des personnes interrogées vivent en Île-de-France. Les femmes et, le cas échéant, leur conjoint(e) sont pour une grande part cadres (respectivement 36 % et 48 %), exercent une profession intermédiaire (34 % et 29 %), ou sont employées (15 % et 9 %).

Les femmes de l'étude sont donc plutôt issues de la classe moyenne, voire supérieure, vivent en zone urbaine et sont nées dans les années 1960-1980. Elles s'engagent dans une course vers une maternité biologique déterminée, voire parfois effrénée. Elles ont expliqué que, pour elles, une vie sans enfant n'était pas envisageable et que les autres options possibles pour devenir mères (comme l'adoption ou la coparentalité) étaient dans leur cas non souhaitables. Bien que cela requière un important investissement personnel, professionnel et économique^[9], elles décident de partir à l'étranger pour tenter de réaliser leur projet maternel.

En France, la façon dont l'AMP est légalement encadrée et médicalement pratiquée est révélatrice des normes dominantes d'accès à la maternité dans la société française qui sont celles de la maternité obtenue sans aide médicale. Elles se déclinent en deux modalités : réunir des conditions sociales et des conditions « biologiques » pour devenir mère. Or, nous verrons que les femmes de l'étude ne réunissent pas toujours ces conditions. Bien qu'elles soient décrites par certaines féministes comme des moyens d'appropriation et d'exploitation des corps, bien qu'elles renforcent l'injonction des femmes à la maternité^[10], les nouvelles techniques procréatives n'en permettent pas moins de réaliser un projet maternel en fonction de sa propre histoire et de ses choix de vie.

[8] Martine GROSS, Dominique MEHL, « Homopaternités et gestation pour autrui », *Enfances, Familles, Générations*, n° 14, pp. 95-112, 2011.

[9] Le recours transnational à l'AMP requiert de nombreuses démarches médicales et administratives ; la mobilisation de multiples réseaux pour organiser et concrétiser le séjour, les absences au travail et la prise en charge médicale ; et beaucoup de temps, d'énergie et surtout d'argent (au moment de l'étude, un don d'ovocytes par exemple coûtait entre 4 000 euros en Grèce et 7 000 euros en Espagne). L'AMP transnationale semble plus accessible pour les femmes de classe moyenne et supérieure. Mais elle concerne aussi les femmes aux conditions socio-économiques plus modestes : certaines des femmes interrogées étaient employées, ouvrières ou n'exerçaient aucune activité ; et ont expliqué, par exemple, avoir fait un emprunt à la banque ou à des proches pour payer les soins et le(s) séjour(s) à l'étranger.

[10] Charis THOMPSON, « Fertile Ground : Feminists Theorize Infertility », in Marcia C. INHORN, Frank van BALEN (eds), *Infertility around the Globe : New Thinking on Childlessness, Gender and Reproductive Technologies*, Berkeley, University of California Press, pp. 52-78, 2002.

Nous analysons ici comment les femmes du corpus vivent et se représentent ces (nouvelles) façons d'accéder à la maternité. Notre propos n'est donc pas tant de décrire et d'analyser les recours transnationaux, leur diversité et complexité, mais de comprendre les impacts de ces recours sur les normes sociales de la maternité en France, notamment celles qui concernent l'accès à la maternité^[11], de comprendre quels sont les arrangements faits par rapport à ces normes. Nous verrons que les femmes de l'étude ont intériorisé ces normes, mais volontairement ou non, elles contreviennent à ces mêmes normes, ce qui parfois crée chez elles des doutes quant à leur future maternité.

◀ Ne peut (doit) pas être mère qui veut ?

Au-delà du désir individuel et intime d'avoir un enfant, on observe dans le monde une forte pression sociale à concevoir, surtout exercée sur les femmes qui ne sont socialement valorisées que lorsqu'elles deviennent mères. Or, pour des raisons médicales ou liées à leur situation personnelle ou conjugale, toutes les femmes qui le souhaitent ne peuvent pas concevoir un enfant. C'est le cas des femmes que nous avons rencontrées qui ne pourraient réaliser leur projet maternel sans la médecine reproductive, sans l'intervention d'un tiers (donneur de sperme, donneuse d'ovocytes ou gestatrice) et notamment sans aller à l'étranger. À cette incapacité à concevoir par relations sexuelles s'ajoutent des représentations sociales normatives de la maternité, qui définissent « idéalement » qui peut devenir mère et qui ne le peut pas. Pour preuve, en France, la pression sociale s'exerce principalement sur les femmes infécondes, trentenaires, qui sont en couple avec un homme depuis plusieurs années^[12], mettant ainsi en exergue des conditions sociales minimales requises pour accéder à la maternité.

On retrouve, en miroir, ces mêmes conditions dans le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), décrites dans les travaux de Simone Bateman, de Nathalie Bajos et Michèle Ferrand : si les femmes se considèrent trop jeunes ou trop âgées et si elles ne sont pas en couple avec un homme, alors elles décident de renoncer à leur grossesse et d'opter pour une IVG. Ces études montrent ainsi à travers les caractéristiques de celles qui décident de renoncer à la maternité, ce qui est socialement considéré comme « *le moment et la situation appropriés pour devenir enceinte* »^[13] : avoir « idéalement » entre 25 et 35 ans et entretenir une relation stable et privilégiée avec un homme^[14].

■ Intériorisation des conditions normatives de la maternité

• Le « bon » âge pour devenir mère

Les conditions minimales requises concernant l'âge limite du devenir mère coïncident avec celles dictées par la loi et notamment l'assurance maladie, avec les arguments scientifiques avancés par

[11] Dans un souci de simplification, nous utiliserons « *normes sociales dominantes de la maternité* » tout au long de l'article pour désigner les « *normes sociales dominantes d'accession à la maternité* ».

[12] Virginie ROZÉE, Magali MAZUY, « L'infertilité dans les couples hétérosexuels : genre et "gestion" de l'échec », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 30, n° 4, pp. 5-29, 2012.

[13] Simone NOVAES, « Les récidivistes », *Revue française de sociologie*, vol. 23, n° 3, pp. 473-485, 1982, p. 478.

[14] Simone NOVAES, « La grossesse accidentelle et la demande d'avortement », *L'Année Sociologique*, n° 30, pp. 219-241, 1979-1980 ; « Les récidivistes », *Revue française de sociologie*, vol. 23, n° 3, pp. 473-485, 1982 ; Nathalie BAJOS, Michèle FERRAND, « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *Sociétés Contemporaines*, n° 61, pp. 91-117, 2006.

les médecins, avec l'opinion publique et les données démographiques. Selon la loi dite de bioéthique, seuls les couples en âge de procréer peuvent bénéficier des nouvelles techniques procréatives sans que cette tranche d'âge ne soit définie. L'assurance maladie a interprété la loi et fixé un âge maximum de remboursement des actes d'AMP pour les femmes (43 ans). Recourir à une AMP en France après 43 ans n'est pas illégal mais l'assurance maladie décourage une telle intervention en ne remboursant plus les soins. Cette limite d'âge n'est pas la même dans tous les pays : 45 ans en Belgique, 50 ans en Grèce et en Espagne, 51 ans en Israël, sans limite d'âge en Italie ou en Albanie. En France, dans la pratique, les médecins refusent souvent de réaliser des actes d'AMP pour les couples dont la femme a plus de 40 ans. Dans notre corpus, la moitié des femmes avait moins de 40 et 65 % avaient moins de 43 ans. L'âge a pourtant constitué l'une des principales raisons de leur déplacement vers l'étranger : les femmes ont expliqué que les médecins ont refusé de commencer ou de poursuivre des démarches d'AMP en France du fait de leur âge.

La restriction par l'âge et la réticence afférente des médecins s'expliquent par les complications liées aux grossesses tardives et, essentiellement, par la baisse réelle des taux de succès avec l'âge^[15]. Cependant, cette baisse ne concerne pas toutes les techniques comme le don d'ovocytes pour lequel ce qui importe, c'est essentiellement l'âge de la donneuse et moins celui de la receveuse. Par ailleurs, l'âge des hommes n'est pas considéré. Si l'effet est moins marqué et plus tardif, la fertilité masculine diminue également avec l'âge et les risques de maladie génétique chez l'enfant augmentent avec l'âge du père^[16]. Enfin, il existe aujourd'hui la possibilité de congeler les ovocytes des femmes, technique appelée « vitrification ovocytaire », pour une utilisation ultérieure. Cette technique, encore controversée, permettrait de repousser artificiellement l'âge de la maternité des femmes, en augmentant les probabilités de procréer avec ses propres gamètes. Elle est autorisée en France depuis 2011 mais elle est uniquement réservée aux donneuses et aux femmes dont la prise en charge médicale (une chimiothérapie notamment) peut altérer la fertilité. La congélation d'ovocytes pour raison « sociale » (volonté de différer la maternité pour raisons professionnelles par exemple) n'est pas possible en France. Au-delà des débats éthiques et scientifiques, tous ces éléments montrent bien que le sens donné à l'âge de procréer est pour les femmes, certes biologique, mais également social.

Dans l'opinion, on retrouve cette même limite d'âge. Selon l'Enquête permanente sur les conditions de vie (EPCV) réalisée en France par l'INED en 1998, « l'âge à partir duquel il n'est plus souhaitable d'avoir d'enfant » déclaré par la majorité des personnes interrogées était de 40 ans pour les femmes et de 45 ans pour les hommes^[17]. Démographiquement, cet âge coïncide avec l'âge effectif de la maternité en France puisqu'en 2009, sur 100 femmes âgées de 35-39 ans, 6,3 ont donné naissance à un enfant ; ce nombre est de 0,7 pour les femmes de 40 ans et plus. Ainsi, à partir de 40 ans, les femmes ont nettement moins et peu d'enfants^[18].

La limite d'âge évoquée par la loi, opérée par les médecins et considérée comme « souhaitable » par la population en général renvoie à une des modalités des normes dominantes d'accès à la maternité, celle du « bon » âge pour accéder à la maternité, selon laquelle une mère ne doit

[15] Noémie SOULIER, Jean BOUYER, Jean-Luc POULY, Juliette GUIBERT, Élise de LA ROCHEBROCHARD, « Effect of the woman's age on discontinuation of IVF treatment », *Reproductive BioMedicine Online*, n° 22, pp. 496-500, 2011.

[16] Élise LA ROCHEBROCHARD « Stérilité, fertilité : la part des hommes », *Population&Sociétés*, n° 371, 2001.

[17] Laurent TOULEMON, Henri LERIDON, « La famille idéale : combien d'enfants, à quel âge ? », *Insee Première*, n° 652, 1999.

[18] Élise de LA ROCHEBROCHARD, France PRIOUX, « Des enfants toujours plus tard ? », dans France MESLE, Laurent TOULEMON, Jacques VÉRON (dir), *Dictionnaire de démographie et des sciences de la population*, Paris, Armand Colin, pp. 171-175, 2011.

pas être trop âgée, ce « trop âgée » étant « après 40 ans ». Les discours recueillis dans le cadre de notre étude rendent compte de l'intériorisation de ces normes sociales dominantes relatives à l'âge maternel. Les femmes les plus jeunes (celles de moins de 40 ans) déclarent aller à l'étranger pour ne pas être mère trop tardivement. Flavie^[19] (35 ans, en couple, en démarche pour un don d'ovocytes en Grèce) déclare ne pas envisager une grossesse après 40 ans : « *Ben là j'ai 35. Si on s'était inscrit maintenant [sur la liste d'attente pour un don d'ovocytes en France]... 4 ans, ça fait 39 ans... si ça ne marche pas... ben moi je n'avais pas envisagé d'être enceinte après 40 ans, donc, voilà.* » Les entretiens avec les femmes les plus âgées (40 ans et plus) montrent également cette intériorisation. Nombreuses sont celles qui expliquent que le projet de maternité à leur âge n'est ni un « caprice », ni un « plaisir ». D'ailleurs, lorsqu'elles se sont lancées dans le projet parental, la plupart des femmes avaient moins de 40 ans (âge médian de 35 ans).

Certaines femmes expliquent avoir conscience de vouloir réaliser un projet qui va à l'encontre de ce qui est accepté par la société française comme le raconte Anna (46 ans, chercheuse, mariée, en Espagne pour un don d'ovocytes) : « *J'ai l'impression que dans la société, il y a quand même un stigmate de femmes de mon âge qui veulent encore avoir un enfant. La vieille mère, ce n'est pas quelque chose de vraiment accepté. Chez certains médecins, j'ai l'impression que c'est un peu : "Pourquoi vous n'avez pas fait un gamin à 25 ans et vous vous décidez maintenant, à 45, 46 ?". Donc, si vous n'avez pas réagi plus tôt c'est soit vous êtes incapable au niveau relationnel, soit vous êtes une horrible carriériste qui met son boulot en avant.* »

Au-delà de l'âge, l'accès à l'AMP en France tel qu'il est défini par la loi est révélateur d'une autre modalité des normes sociales dominantes de la maternité : celle pour une future mère d'être en couple avec un homme.

• Être en couple avec un homme avant de devenir mère

La France fait partie des pays européens qui limitent l'offre médicale de l'AMP aux cas « pathologiques » d'infertilité pour créer une procréation au plus près de celle issue de relations sexuelles. L'un des principaux arguments des législateurs, repris par certains groupes sociaux, est celui de préserver l'intérêt de l'enfant, celui-ci ne pouvant s'épanouir que dans le cadre d'une famille constituée d'une mère-femme et d'un père-homme, au mieux biologiques ou sinon sociaux. Cependant, des expert(e)s s'accordent à dire qu'il n'y a pas suffisamment d'études pour valider un tel argument^[20].

Socialement, les règles juridiques renvoient au modèle démographique dominant de la parentalité en général, de la maternité en particulier. Il est estimé que 91 % des enfants âgés de 0 à 3 ans vivent avec leurs deux parents de sexes différents^[21]. De même, au niveau médical, « *les médecins montrent des réticences à traiter pour infertilité des patients se trouvant dans des situations familiales non conventionnelles* »^[22]. Dans notre étude, certaines des femmes n'étant

[19] Tous les prénoms ont été changés de façon à conserver l'anonymat.

[20] Guido PENNING, « Evaluating the welfare of the child in same-sex families », *Human Reproduction*, vol. 26, n° 7, pp. 1609-1615, 2011 ; Guido DE WERT, Wybo DONDORP, Françoise SHENFIELD, Pedro BARRI, Paul DEVROEY, Klaus DIEDRICH, Basil TARLATZIS, Veerle PROVOOST, Guido PENNING, « ESHRE Task Force on Ethics and Law: medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples, and transsexual people », *Human Reproduction*, vol. 29, n° 9, pp. 1859-1865, 2014.

[21] Didier BRETON, France PRIOUX, « Observer la situation et l'histoire familiale des enfants », in Arnaud RÉGNIER-LOILIER (dir.), *Portraits de familles. L'enquête Étude des relations familiales et intergénérationnelles*, Paris, INED, pp. 143-167, 2009.

[22] Simone BATEMAN, Tania SALEM, « L'Embryon en suspens », *Cahiers du Genre*, n° 25, pp. 49-73, 1999, p. 69.

pas en couple avec un homme ont d'ailleurs rencontré des difficultés pour trouver en France un gynécologue acceptant de leur délivrer des ordonnances pour les examens et les traitements hormonaux nécessaires avant de réaliser l'AMP dans le centre médical étranger.

Ces conditions sociales minimales requises de l'hétérosexualité et de la conjugalité sont apparues, comme l'âge, fortement intériorisées chez les femmes de l'étude, surtout chez celles qui n'étaient pas en couple et qui se lançaient en solo vers un projet parental. En effet, la plupart d'entre elles a expliqué que « l'idéal » aurait été qu'elles rencontrent un homme et que celui-ci soit le père de leur enfant, mais que leur vie en avait décidé autrement, suite à une rupture, au décès du conjoint ou à un surinvestissement professionnel^[23].

Si l'accès aux nouvelles techniques procréatives en France est révélateur des normes sociales dominantes de la maternité, les solutions médicales transnationales offrent néanmoins la possibilité de ne pas s'y conformer : en effet, en partant à l'étranger, les femmes tentent d'accéder à une maternité qui ne se conjugue plus avec le « bon » âge maternel et la situation d'hétéroconjugalité.

■ Arrangements et espaces de légitimité

Les femmes de l'étude ne réunissent pas toujours les conditions sociales minimales requises pour accéder à la maternité. Elles se lancent malgré tout dans un projet maternel, en transgressant, pour certaines d'entre elles, les règles juridiques (celles qui ne sont plus en âge reproductif ou qui ne sont pas en couples hétérosexuels). Elles contreviennent ainsi aux normes sociales dominantes de la maternité concernant l'âge et la situation conjugale, la quête de la maternité étant pour elles prioritaire sur les façons socialement acceptées et légalement définies pour y accéder.

• *Des (futures) mères plus « âgées »*

Certaines des femmes interrogées de plus de 40 ans ont expressément déclaré que la maternité avant 40 ans n'était ni souhaitée ni envisagée. D'autres femmes et couples ont « pris leur temps »^[24] avant de se lancer vers un projet parental. Marylou (40 ans, secrétaire de direction), en couple avec Léon (41 ans, peintre en bâtiment) raconte : « *Ben notre parcours est très... est très... finalement, n'est pas très lointain puisque nous nous sommes rencontrés assez tard. Moi [...] j'étais une femme plutôt active et [Léon], lui, était une personne qui était... il a eu une séparation. Donc, nous nous sommes connus assez tard. Nous nous sommes connus vers 33 ans. Donc, ensuite, ben, au départ, forcément, on n'a pas forcément envie d'avoir un enfant de suite. On a continué à se connaître, à se rencontrer... et puis, un jour, ben voilà, on a décidé...* »

L'expérience maternelle a été différée pour les mêmes raisons développées dans d'autres études et analyses sur les maternités tardives : une rencontre tardive du conjoint, un fort investissement professionnel, une rupture et une seconde union^[25] et essentiellement, parmi les femmes de l'étude, un long parcours d'échecs d'AMP en France (dans notre étude, elles sont 63 % dans ce cas). De par ces trajectoires, on observe un déplacement de la norme du « bon » âge à devenir mère chez les femmes rencontrées. La maternité tardive est en effet décrite par la plupart des

[23] Virginie ROZÉE, « Elles font des bébés toutes seules », *Terrain*, n° 61, pp. 134-149, 2013.

[24] Marc BESSIN, Hervé LEVILAIN, *Parents après 40 ans : L'engagement familial à l'épreuve de l'âge*, Paris, Éditions Autrement, 2012.

[25] Laurent TOULEMON, « Who are the late mothers ? », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 53, n° HS2, pp. 213-24, 2005.

femmes interrogées comme en adéquation avec l'amélioration des conditions de vie, relayée par les progrès de la médecine, comme cohérente avec l'augmentation de l'espérance de vie, l'allongement des études, le retard à la formation des unions et à l'entrée sur le marché du travail, des évolutions démographiques qui induisent un projet maternel plus tardif. En France, l'entrée en parentalité en général, en maternité en particulier, est d'ailleurs de plus en plus tardive^[26].

Dans l'ensemble, les femmes les plus âgées minimisent les risques de complications associées aux grossesses tardives ou déclarent les assumer puisqu'il s'agit de leur propre corps. Certaines des femmes expliquent même *a posteriori* les bienfaits sociaux de la maternité tardive en déclarant que les femmes plus âgées ont une stabilité matérielle et économique que n'ont pas les femmes plus jeunes. Les femmes interrogées ne comprennent donc pas les limites imposées en France et revendiquent un recul de l'âge de prise en charge médicale de l'infertilité, plus en phase avec la société actuelle, sans pour autant qu'il y ait unanimité sur l'âge à fixer (celui-ci allant de 44 à 55 ans selon les entretiens).

• *Des (futures) mères en solo ou en couple avec une femme*

Dans le corpus de l'étude, 21 % des femmes interrogées réalisent leur projet maternel avec une autre femme ou seules. Elles partent en Belgique ou au Danemark, pour bénéficier d'un don de sperme, contrevenant ainsi à l'hétéronormativité de la maternité.

Les femmes seules expliquent toutes qu'elles auraient pu recourir à d'autres méthodes pour devenir mères, telles qu'avoir une relation sexuelle avec un homme qui ne serait ni le futur conjoint ni le futur père. Mais cette solution leur apparaissait peu éthique vis-à-vis de l'enfant et du géniteur, et risquée (possible transmission d'infections sexuellement transmissibles, possible revendication du géniteur sur l'enfant dans le futur). Il s'agissait pour elles d'accéder à une maternité dans, ce qu'elles décrivent, « *les règles de l'art* »^[27]. Quant aux couples de femmes, elles choisissent le recours médical plutôt que la coparentalité car leur projet de maternité est avant tout un projet conjugal dans lequel d'autres parents n'auraient pas leur place. Le désir de devenir mère existe bien souvent avant la rencontre de la compagne, mais le projet ne se concrétise qu'à partir de la formation du couple^[28].

Pour les femmes seules interrogées, il était plus important de devenir mères que de rencontrer le « *prince charmant* »^[29]. Elles déclarent que ne pas avoir d'enfant est plus stigmatisant que ne pas être en couple. Les femmes seules ou en couple avec une autre femme assument leur projet maternel qu'elles décrivent comme presque banal, puisque le couple (hétérosexuel) n'est plus, selon elles, le socle de la famille, et donc comme légitime au vu des nouvelles configurations familiales existantes en France. En 40 ans, le nombre de familles monoparentales a en effet plus que doublé. Elles représentent aujourd'hui 20 % des familles françaises (avec des enfants de moins de 25 ans à charge), contre 9,4 % en 1968^[30]. Quant aux familles homoparentales, elles sont de plus en plus visibles et semblent de plus en plus nombreuses comme en témoigne l'aug-

[26] Élise de LA ROCHEBROCHARD, France PRIOUX, 2011, art. cit.

[27] Virginie ROZÉE, 2013, *op. cit.*

[28] Virginie ROZÉE, « L'Homomaternité issue de l'assistance médicale à la procréation en France : état des lieux d'un recours transnational », *Raison Publique*, 2012, <http://www.raison-publique.fr/article531.html>.

[29] Jean-Claude KAUFMAN, *La femme seule et le prince charmant*, Paris, Nathan, 1999.

[30] Anne EYDOUX, Marie-Thérèse LETABLIER, *Les familles monoparentales en France*, Rapport de recherche, Centre d'études de l'emploi, n° 36, 2007.

mentation des effectifs de l'Association des parents gays et lesbiens. En 1995, cette association comptait 70 adhérent(e)s ; en 2007, elle en compte 1 800^[31].

Les nouvelles configurations maternelles auxquelles candidaient les femmes de l'étude sembleraient relativement acceptées par la société. Selon l'enquête sur le contexte de sexualité en France (2006), 73 % des femmes et 68 % des hommes ont déclaré être d'accord pour qu'une femme seule élève un enfant ; 53 % des femmes et 46 % des hommes, pour qu'un couple de femmes élève un enfant^[32]. Accéder à la maternité chasserait les stigmates liés au célibat ou à l'orientation sexuelle des femmes : la maternité permet en effet de réconcilier leur sexe (être une femme) avec le rôle social attendu (devenir mère). La plupart des femmes de l'étude déclarent d'ailleurs que leur projet mono ou homomaternel est soutenu par leur entourage.

L'étude montre un certain décalage entre d'une part, les règles juridiques de l'AMP, les normes sociales dominantes de la maternité et d'autre part, de nouvelles réalités sociales et démographiques qui se dessinent. N'envisageant pas une vie sans enfant, ne souhaitant donc pas renoncer au projet maternel, les femmes de l'étude se servent de ce décalage pour se créer des espaces de légitimité. L'encadrement de l'AMP en France fait cependant apparaître une autre déclinaison, cette fois-ci génétique et corporelle, des normes dominantes de la maternité : une mère est une femme qui transmet ses gènes et porte son enfant *in utero*. Or, de nombreuses femmes interrogées partent à l'étranger pour bénéficier d'un don d'ovocytes. Ne pas répondre à l'unicité des conditions biologiques est alors une expérience décrite comme ambiguë et difficile puisqu'elle casse la corrélation engendrement-enfantement.

◀ Des futures mères pas tout à fait mères ?

Une autre modalité des normes sociales dominantes de la maternité en France est celle qui définit comment devenir mère : « socialement » par l'adoption, ou « biologiquement » c'est-à-dire en participant à la fois génétiquement et corporellement à la conception de l'enfant. Si la maternité « adoptive » a gagné en légitimité, la maternité « biologique » reste la plus valorisée socialement. En dehors de ces deux modalités, la maternité serait difficile à concrétiser et socialement condamnée. En France, les palliatifs de l'infertilité se font essentiellement sans tiers (donneurs, donneuses ou gestatrices). Ainsi, si le corps reproducteur des femmes est défaillant, il leur est plus facile de partir à l'étranger pour bénéficier d'un don d'ovocytes ou d'une gestation pour autrui. Cependant, devenir mères par ce biais engendre chez les femmes concernées des incertitudes quant à leur (future) maternité.

■ Le choix d'une maternité « biologique »

Dans notre étude, la plupart des femmes et couples se sont lancés vers une solution médicale avant d'envisager ou de réaliser l'adoption. Les principales raisons avancées reposent sur l'anticipation des difficultés pour adopter et un calcul coût-bénéfice en faveur de l'AMP trans-

[31] Martine GROSS, *Qu'est-ce que l'homoparentalité ?*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 2012.

[32] Nathalie BAJOS, Nathalie BELTZER, « Les sexualités homo-bisexuelles. D'une acceptation de principe aux vulnérabilités sociales et préventives », dans Nathalie BAJOS, Michel BOZON (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, pp. 243-271, 2008.

nationale. Certaines des femmes interrogées et leurs conjoint(e)s considèrent également qu'il est important de vivre la grossesse mais surtout qu'un des deux parents au moins transmette ses gènes, comme l'illustrent les propos de Charles (43 ans, cadre supérieur, marié) : « *Bon, comme on nous a dit "dernière solution c'est l'étranger, la donation [le don d'ovocytes] on s'est dit : "On préfère quand même que ce soit au moins l'enfant d'un des deux". Si c'est possible, autant faire ça, avant de passer à l'adoption.* »

Au-delà d'un désir de grossesse ou de transmission du patrimoine génétique, il s'agit essentiellement pour les femmes d'avoir un enfant dès sa naissance, de lui construire sa propre histoire, comme le résume Sabrina (40 ans, attachée de presse, non en couple, en Espagne pour une vitrification ovocytaire) : « *Accueillir un bébé dès la naissance [...] dès qu'il est bébé, qu'il sente l'odeur de sa maman, qu'il ait plein de mots d'amour [...] pour moi ça forge toute une vie.* » On observe ici une grande importance accordée au fait que l'enfant soit désiré dès sa naissance et parfois, dans d'autres entretiens, dès sa conception, que le couple ou la mère soit à l'initiative du projet procréatif et pas seulement parental, comme l'explique Gabrielle (36 ans, ostéopathe, mariée), enceinte de jumeaux au moment de l'entretien (suite à un don d'ovocytes en Espagne) : « *Si je ne les avais pas désirés, ils n'existeraient pas. Si on ne les avait pas désirés ensemble. Si mon mari n'avait pas fait un prélèvement de sperme, il n'y aurait pas eu de fécondation. C'est notre choix qui fait qu'ils sont là. Si on n'avait pas fait ce choix, cette combinaison génétique n'existerait pas.* »

Mais en faisant le choix de la maternité « biologique » au détriment de la maternité « adoptive », les femmes interrogées qui recourent au don d'ovocytes (ou à la gestation pour autrui) ne répondent pas à l'unicité des conditions biologiques habituelles de l'engendrement et de l'enfantement. Avant l'introduction des techniques médicales pour procréer et leur développement en France, la mère était la femme qui avait des relations sexuelles et était enceinte. Cette participation corporelle et génétique était indissociable et il en va encore ainsi pour la majorité des maternités en France et dans les représentations collectives. Or, aujourd'hui, avec l'AMP, la maternité peut être dissociée : les mères ne sont plus obligatoirement les femmes qui portent l'enfant et transmettent leurs gènes (et inversement).

L'AMP avec tiers donneur n'est envisagée et proposée que lorsque l'infertilité du couple est irréversible. Si les femmes de l'étude dont l'infertilité se situe au niveau de l'utérus partent à l'étranger pour des raisons légales, la plupart de celles requérant un don d'ovocytes a expliqué que leur dossier de candidature pour un don avait été refusé par l'équipe médicale française, ou que leur médecin leur avait directement conseillé de partir à l'étranger du fait de l'accès restreint et difficile au don dans les centres médicaux français.

Comme en Grèce, au Portugal, ou en Espagne, le don de gamètes en France est strictement anonyme. Cet anonymat, tout d'abord établi pour le don de sperme (dont la pratique est plus ancienne que le don d'ovocyte) permettrait de cacher la participation du tiers et conduirait à protéger les hommes infertiles qui courent le risque de ne pas être considérés comme des pères à part entière puisqu'ils n'auront pas participé à la conception de leur enfant. La loi garantit leur filiation juridique mais la société accorderait moins de valeur à la paternité « sociale » qu'à la paternité « biologique »^[33]. La situation est, selon Pierre Jouannet, différente pour les femmes

[33] Pierre JOUANNET, « Procréer grâce au don de sperme : accueillir et transmettre sans gène », *Revue Esprit*, n° 5, pp. 103-114, 2009.

qui ont recours à un don d'ovocytes car la reconnaissance légale et sociale de leur maternité est protégée par la grossesse et l'accouchement. Les entretiens montrent cependant que cette situation n'est pas si simple pour les femmes de l'étude.

■ Des gènes qui gênent : porter l'enfant d'une autre mère

Nous avons dans notre corpus peu de femmes qui recourent à une gestation pour autrui, cette pratique n'étant possible que dans un seul pays de l'étude : la Belgique. Or, ce pays n'est pas une destination privilégiée pour un tel recours, raison pour laquelle nous analysons ici essentiellement les discours et expériences des femmes qui recourent au don d'ovocytes, fortement majoritaires dans le corpus.

Ces dernières ont l'impression qu'elles font un enfant qui ne sera pas véritablement leur enfant. Carine (40 ans, cadre supérieure, mariée) raconte qu'elle a eu des difficultés à accepter de recourir au don d'ovocytes car elle se disait que l'enfant ne serait pas vraiment le sien : « *Au début j'ai eu du mal quand même à accepter l'histoire du don, que ça n'allait pas être à moi [...]. Les autres [mères], c'est vraiment leur bébé, moi ce n'est pas vraiment mon bébé.* »

L'enfant à naître sera essentiellement l'enfant du conjoint, comme le rapporte Faustine : « *Je me suis dit [avec le don d'ovocytes] si déjà il n'est pas de moi, quoi, au moins il est de lui [son conjoint].* » (Faustine, 50 ans, kinésithérapeute, pacsée). Les conjoints-hommes, pour leur part, considèrent souvent que l'enfant à naître sera celui d'une autre femme. Sandra (40 ans, cadre) rapporte les propos de son conjoint lorsque le couple hésitait encore à recourir à un don d'ovocytes : « *“[Sandra], c'est bien d'aller en Espagne mais à la base je voulais un bébé de toi, pas un bébé d'une autre”.* »

Les femmes craignent de ne pas être considérées par leurs pairs et leur enfant comme la « vraie » mère de ce dernier. Géraldine (38 ans, cadre supérieure, mariée) explique que le fait de recourir à un don d'ovocytes a suscité dans son entourage de nombreuses questions : « *Mais alors, ça veut dire que ce n'est pas tes ovocytes ? Mais alors, ce n'est pas tes gènes ? Mais alors, ce n'est pas vraiment ton enfant ?* » Certaines des femmes interrogées préfèrent alors ne rien dire à leur entourage pour éviter de telles remarques. D'autres ne raconteront pas l'histoire de la conception à leur enfant car elles ont peur que l'enfant ne les considère pas comme leur « véritable » mère.

La donneuse d'ovocytes est, à cet égard, souvent définie comme la « vraie » mère de l'enfant ou appelée « *maman* » ou « *mère biologique* ». Betty (34 ans, commerciale, mariée) parle de la donneuse qu'elle nomme « *maman* » avant de se reprendre aussitôt et de parler de « *femme* » comme pour la dépersonnaliser : « *[Quand le don n'est pas anonyme] ce n'est pas facile. Parce que j'ai peur d'avoir dans la tête le visage de cette maman, enfin... de cette femme.* » L'anonymat du don est ainsi parfois présenté comme plus commode du fait de cette représentation de la donneuse, comme le déclare Françoise (44 ans, sans emploi, en couple) : « *C'est anonyme et c'est beaucoup mieux. [...] si ça fonctionne, l'enfant est à nous ! On ne se dit pas : “Il y a une personne qui est là et qui est sa mère”.* » De même Ève (46 ans, sans activité professionnelle, mariée) explique que « *l'anonymat, c'est mieux car comme ça, la maman, c'est moi !* ». Il règne l'idée que la donneuse est forcément parente, et comme une évidence, assumée ou non, que l'enfant souhaitera plus tard connaître sa « vraie » mère.

On observe le même amalgame entre donneur et père chez les femmes seules et les couples de femmes qui recourent à un don de sperme^[34]. L'anonymat est parfois décrit comme permettant d'inhiber la participation du donneur et d'éviter toute revendication paternelle de cet homme. Valérie (38 ans, rédactrice territoriale, non en couple, en Belgique pour un don de sperme) aurait préféré, comme la plupart des femmes seules de l'étude, un don non-anonyme pour que l'enfant ait un père ; mais au final, l'anonymat est une « *tranquillité de l'esprit* » sans quoi elle aurait peur que le donneur « *réclame quelque chose vis-à-vis de l'enfant* ».

À l'exception de l'Allemagne, dans tous les autres pays, des dispositions explicites ont pourtant été prises sur la filiation pour exclure toute paternité du donneur ou maternité de la donneuse. À l'inverse, d'après les témoignages et revendications de certaines associations, ni les donneurs/donneuses, ni les enfants issus de dons ne considèrent la personne qui a fourni le matériel génétique comme un parent^[35]. Les craintes formulées par les femmes concernées seraient donc l'effet de l'intériorisation des normes sociales dominantes de la maternité (et plus généralement de la parentalité).

Vivre la grossesse fut alors décrit par les futures mères comme un moyen de se réapproprier l'enfant. Coleen (38 ans, enseignante, mariée et enceinte au moment de l'entretien suite à un don d'ovocytes en Espagne) explique que la grossesse lui permet progressivement « *de considérer sa fille comme sa propre fille* ». Certaines évoquent ici un partage du travail reproductif plus égalitaire entre les hommes et les femmes : l'un transmet le matériel génétique, l'autre porte l'enfant. Ainsi, face à la situation d'infertilité, le recours au don d'ovocytes est décrit par les couples infertiles de l'étude comme la solution la plus « saine » et souhaitable puisqu'elle permet à chacun des deux parents de contribuer à sa façon à la conception de l'enfant.

54

Alors que les avancées de la médecine permettent de dissocier maternité et corps des femmes, l'étude, notamment les discours recueillis, mettent en exergue une certaine biologisation de l'expérience maternelle, qui induit des incertitudes chez les femmes ayant une expérience qu'on pourrait qualifier de « semi-biologique » et peut conduire à des exclusions comme le rappelle Ilana Löwy^[36]. Les nouvelles techniques procréatives posent alors ici la question de la « vraie » mère dans la société française, une question qui était, avant le développement du don d'ovocytes ou de la gestation pour autrui médicalement assistée, propre à la paternité.

◀ Conclusion

Dans un contexte social de valorisation de la maternité et de pression sociale à concevoir, les femmes de l'étude mettent tout en œuvre pour concevoir un enfant. Pour certaines d'entre elles, celles qui sont seules, en couple avec une autre femme, qui ne sont plus en âge reproductif ou qui recourent à la gestation pour autrui, l'accès à la maternité passe par une transgression des règles juridiques. Pour les autres, le recours transnational de l'AMP est décrit comme plus rapide et au final comme étant le moyen le plus approprié pour avoir un enfant. En partant à l'étranger pour

[34] Virginie ROZÉE, 2012, art. cit. ; 2013, art. cit.

[35] Irène THÉRY, *Des humains comme les autres. Bioéthique, anonymat et genre du don*, Paris, EHESS, 2010.

[36] Ilana LÖWY, « La fabrication du naturel : l'assistance médicale à la procréation dans une perspective comparée », *Tumultes*, n° 26, pp. 35-55, 2006.

concevoir, les femmes de l'étude tentent de concrétiser un projet maternel en fonction de leurs propres situations et caractéristiques, qui sont différentes de celles socialement véhiculées pour devenir mères : réunir certaines conditions sociodémographiques telles que le « bon âge » (avant 40 ans) et une situation (hétéro)conjugale stable ; devenir mères en ayant des relations sexuelles avec le conjoint ou, en cas d'infertilité, en ayant recours à une procréation médicalement assistée au plus proche de celle obtenue par relations sexuelles (le cas échéant, devenir mère en adoptant). Elles s'affranchissent, parfois involontairement, de certaines de ces contraintes normatives, qui sont parfois aussi des contraintes légales et/ou médicales.

S'affranchir des contraintes normatives liées aux conditions sociales minimum requises pour devenir mères apparaît dans l'étude comme plus facile et plus assumé par les femmes que de s'affranchir des contraintes liées aux conditions biologiques. En effet, contrevenir à l'unicité des conditions biologiques habituelles de la conception et de la gestation apparaît chez les femmes concernées comme plus ambigu et problématique, ce qui montre le poids et la pérennité des normes sociales dominantes de la maternité qui induisent un engagement corporel (physique et génétique) des femmes. Cependant, l'étude montre que l'important pour les femmes rencontrées reste de devenir mères et moins les moyens déployés pour y accéder : recourir à une donneuse ou à une gestatrice n'est donc pas apparu comme un obstacle à la réalisation du projet maternel. Bien qu'elles les aient intériorisées, les femmes de l'étude contreviennent aux normes sociales dominantes de la maternité et participent de ce fait à la complexification et la diversification des normes sociales parentales et familiales, déjà observées dans la société française.

Dans le contexte mondial et européen actuel, confronté à une mondialisation croissante qui facilite les échanges et recours transnationaux, à une médecine de la reproduction en constante évolution qui apporte de nouvelles options et solutions, et à d'importants changements sociaux et démographiques, cette étude ouvre de nouvelles pistes de recherche et de réflexion. Il serait intéressant d'observer et de comprendre comment se conjuguent les lois de l'AMP, les normes sociales dominantes de la maternité (ou plus largement de la parentalité), et les représentations et trajectoires individuelles dans d'autres pays voisins, notamment dans ceux qui, par exemple, ont ouvert l'AMP aux femmes seules et aux couples de même sexe ou bien dans ceux qui autorisent ou tolèrent la gestation pour autrui. Quelles sont, dans ces pays, les conditions sociales minimales requises pour accéder à la maternité ? Les femmes infertiles doivent-elles également trouver des arrangements pour composer avec ces normes ? Comment se créent-elles des espaces de légitimité ? Il serait également intéressant de recueillir les caractéristiques et le discours des donneuses et des gestatrices pour comprendre comment, elles-aussi, composent avec les normes sociales dominantes de la maternité. Quelles représentations ont-elles de la maternité en général ? De leur propre (future) maternité ? De celle qu'elles aident à construire ?