

## « DIFFICULTES A CONCEVOIR, AIDE MEDICALE A LA PROCREATION ET ADOPTION : VARIATIONS DU SENTIMENT D'INFERTILITE EN FRANCE »<sup>1</sup>

Magali Mazuy et Virginie Rozée  
Institut National d'Etudes Démographiques (INED)

### I – LA NORME PARENTALE FRANÇAISE :

La fécondité française, à hauteur de 2 enfants par femme en 2006, est caractérisée par un des niveaux les plus élevés en Europe (Richet-Mastain, 2007), dans un contexte de basse fécondité : à la fin des années 1990, le nombre moyen d'enfants par femme était inférieur à 1,3 pour 14 pays européens (Kohler et al., 2002). Ce niveau est par ailleurs stable depuis 25 ans (Toulemon, Mazuy, 2001). Outre ce niveau, proche du seuil de remplacement des générations, la fécondité française est également caractérisée par une forte norme parentale : peu de femmes n'ont aucun enfant (Mazuy, 2006), et les couples restant sans enfant sont encore plus minoritaires (Toulemon, 1995). L'infécondité apparaît donc comme un phénomène quantitativement limité. De manière générale, il existe une pression sociale à devenir parent qui est assez forte et qui s'exerce plus particulièrement sur les femmes trentenaires sans enfant ou sur les couples inféconds après plusieurs années de vie à deux.

Cette pression à avoir un enfant est doublée d'une pression à concevoir un enfant biologique, exacerbée par les progrès des techniques médicales d'aide à la procréation. Les mises en garde sur l'altération de la fécondabilité avec l'âge et avec le temps, émanant de constats scientifiques, et fortement relayée dans les médias et dans le discours commun, se révèlent être anxiogènes pour les femmes.

On note à l'heure actuelle un recours non négligeable à l'aide médicale : d'après la dernière enquête périnatale française réalisée en 2003, 5% des femmes qui accouchent aujourd'hui ont suivi un traitement pour infertilité (Vilain et al., 2005). Dans la moitié des cas, il s'agit d'inducteurs d'ovulation. Par ailleurs, ce recours pourrait être de plus en plus précoce : les personnes rencontrant des difficultés à concevoir consultant plus rapidement lors des années récentes (Slama et al., 2008). De manière plus nette, le sentiment d'infertilité a fortement augmenté au cours des dernières décennies (La Rochebrochard, Leridon, 2005) : les jeunes générations déclarent deux fois plus souvent avoir rencontré des problèmes d'infertilité (40% à 35-39 ans) que les anciennes générations. Cette augmentation de l'infertilité ressentie est sans commune mesure avec l'éventuelle altération des capacités procréatives dans les pays industrialisés, hypothèse actuellement explorée par les épidémiologistes, qui évoquent une éventuelle altération de la fertilité humaine, en particulier masculine (Carlsen et al., 1992), liée entre autres à l'effet délétère de facteurs environnementaux (Bonde et Storgaard, 2002).

### II – PROBLEMATIQUE ET ORIENTATION THEORIQUE :

Le but de notre recherche était d'analyser les effets de la norme procréative actuelle sur les personnes sans enfant, sensées subir la pression sociale à concevoir avec le plus d'acuité, surtout lorsque les personnes souhaitent avoir un enfant mais rencontrent des difficultés. C'est sur la perception de ces difficultés que s'est focalisée notre recherche. Nous avons concilié l'approche démographique et l'approche sociologique, articulant démarches quantitative et qualitative.

Le croisement et la triangulation de données quantitatives et qualitatives sont effectués dans une démarche explicative et compréhensive, telle qu'explicitée par Y. Charbit (1999) et M. Bozon (1992), avec ses trois finalités : « *la mise en relation des comportements observés avec le sens que*

---

<sup>1</sup> Projet soutenu par l'attribution d'une Allocation Post-Doctorale Région Île-de-France (convention N°F-07-620/R).

*leur confèrent les acteurs, l'analyse des interactions interindividuelles qui produisent les comportements, l'inscription des phénomènes observés dans un fonctionnement social qui doit être décrit au-delà de ce qu'en perçoivent les sujets interrogés* » (Bozon, 2006, p.459). Si nous jugeons nécessaire d'analyser les comportements individuels de manière fine, le but est bien d'expliquer des évolutions au niveau macro-démographique (Billari, 2006).

### III – SOURCES DE DONNEES ET METHODOLOGIE

Notre analyse est basée sur des données issues d'enquêtes nationales quantitatives ainsi qu'un corpus de données qualitatives que nous avons nous-mêmes recueillies.

Nous avons exploité les volets sur l'assistance médicale à la procréation inclus dans deux enquêtes :

- l'enquête « Étude des Relations Familiales et Intergénérationnelles » ERFI, version française du programme d'enquêtes internationales comparatives « GGS » (Generations and Gender Surveys) ;
- l'enquête « ADOPTION », qui fut réalisée en 2003 par l'Ined auprès de candidats à l'adoption, sur la demande de la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS).

Pour les données qualitatives, nous avons réalisé des entretiens qualitatifs auprès de 18 femmes, 3 hommes et 4 couples de la région Ile de France<sup>2</sup> (soit 25 entretiens), contactés par le biais de l'échantillon interrogé dans le cadre de l'Observatoire épidémiologique de la fertilité en France (OBSEFF)<sup>3</sup>. Toutes les personnes que nous avons recontactées en vue de l'entretien étaient, au moment de l'enquête, en couple (union hétérosexuelle) et en recherche de grossesse depuis une durée allant de 12 mois à 17 ans. De ces entretiens<sup>4</sup>, nous avons soulevé et analysé diverses thématiques afférentes au problème de l'infertilité dans une démarche inductive et déductive (Deschenaux, 2007).

L'intérêt de cette communication se situera autant en termes de résultats qu'en termes de méthodologie, toute la difficulté résidant dans la restitution de la problématique de l'infertilité de manière holistique, par la triangulation des données. Les analyses sont en cours, nous présentons ci-après les axes principaux de cette articulation.

### IV – PREMIERS RESULTATS :

#### 4.1 La norme procréative et la pression sociale à concevoir : des différences de genre et de milieu social

##### *Pression sociale : du sentiment d'infertilité au sentiment d'anormalité*

La relation entre lien social et procréation est indéniable. Nous montrerons comment et pourquoi l'infertilité crée du lien social (empathie des pairs, réseaux Internet), mais surtout fragilise le lien social : enfermement dans un silence quant à la situation procréative du couple ; prise de distance avec les amis, la famille ou les collègues qui attendent un enfant ; marginalisation et exclusion, parfois auto générées, des couples infertiles et notamment des femmes de couples infertiles, liées au sentiment d'anormalité. Cette anormalité évoquée se définit par rapport à la norme sociale informelle et implicite. Nous montrerons que cette norme apparaît d'emblée dans le désir d'enfant.

<sup>2</sup> Le choix de la région parisienne a été motivé par deux critères. Tout d'abord pour se situer dans un contexte médico-social homogène. Ensuite, la région parisienne est très spécifique eu égard à notre objet d'étude. Tout d'abord la concentration d'une population diplômée, qui retarde les étapes de la vie familiale, implique que l'âge moyen à la maternité est légèrement supérieur à 30 ans, alors qu'il est inférieur à 30 ans dans toutes les autres régions (Daguet 2005). Ensuite, l'offre médicale y est particulièrement importante (la seule région parisienne comptabilise 23 centres de FIV, contre 74 pour l'ensemble de la province).

<sup>3</sup> Enquête de l'Inserm réalisée entre fin 2007 – début 2008, auprès d'un échantillon représentatif de 15 000 couples hétérosexuels vivant en France métropolitaine : <http://www.u822.idf.inserm.fr/page.asp?page=2832>

<sup>4</sup> Les entretiens ont été enregistrés (à l'exception de trois) et retranscrits dans leur intégralité.

Car s'il s'agit là d'un choix personnel, c'est aussi un choix social, celui de rentrer dans la norme, d'évoluer dans la société. Nous exposerons ainsi comment un couple (les femmes surtout), qui n'entre pas dans la norme (tel est le cas des couples infertiles), subit une importante pression sociale et culturelle de la part de son entourage.

De manière générale, un sentiment d'infertilité est très largement diffusé en France. En effet, près d'1 mère sur 3 déclare avoir rencontré des difficultés à concevoir. Pour les hommes, seul 1 père sur 5 déclare avoir rencontré des difficultés à concevoir. Il s'agit donc d'un sentiment plus souvent exprimé par les femmes. Ce sentiment se traduit de manière peu fréquente par une infertilité fortement médicalisée puisque 3% seulement des parents âgés de 25 à 49 ans ont déclaré avoir eu recours à l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP). Là encore, l'indicateur est plus élevé si nous considérons les réponses féminines.

L'infertilité n'est pas vécue, pensée, analysée et ressentie de la même manière chez les hommes et chez les femmes. Alors qu'elle est décrite avec dérision et humour par les hommes de couples infertiles, elle est véritablement présentée chez les femmes comme un échec, une injustice, une frustration engendrant une obsession du projet familial, de la réussite et une course aux explications non médicales, essentiellement psychologiques, moteur de déculpabilisation comme de culpabilisation. Dans le cadre des procédures médicales, ce sont les femmes qui doivent organiser leur vie en fonction des procédures médicales, et qui au final assument pour deux les problèmes de fertilité, se sentent accomplies d'une mission (celle de garder la cellule embryonnaire) et finissent par se sentir coupables de l'échec, que l'infertilité soit d'origine masculine ou féminine. La culpabilisation des hommes en matière d'infertilité est apparue au cours de notre recherche comme relativisée tant par les hommes eux-mêmes que par leur compagne.

Les femmes des couples infertiles que nous avons rencontrées développent malgré tout des mécanismes d'autodéfense pour alléger la douleur et la culpabilité de l'infertilité, et pour optimiser les chances d'avoir un jour un enfant. L'identité maternelle est aujourd'hui encore en France fortement prisée, valorisée et autovalorisée ; et que la procréation, à travers toutes ses composantes telles que l'infertilité, est une affaire et surtout une responsabilité féminines.

### ***L'AMP : un recours dans tous les milieux ?***

Nous avons vu d'après les données de l'enquête ERFI que la pratique de l'AMP semblerait moins fréquente parmi les milieux moins favorisés. Pourtant, le sentiment d'infertilité, en population générale, est plus important parmi les milieux à forte fécondité. Il se pourrait donc que la demande de médicalisation soit plus importante en bas de l'échelle sociale, mais que l'offre proposée en bout de chaîne concerne plus souvent des personnes au statut social élevé. Des différences sociales ont été soulignées dans le cadre de nos entretiens, que ces différences soient réelles (prise en charge plus rapide dans les cabinets privés par exemple, possibilité de se rendre ou non à l'étranger) ou fictives (lorsque la personne s'imagine des coûts effroyablement élevés de la FIV, alors que celle-ci est, à 4 reprises, remboursée par la sécurité sociale si la prise en charge est intégrale).

### **4.2 De l'AMP à l'adoption**

Parmi les couples ayant sollicité une démarche d'adoption, 87% d'entre eux ont rencontré des difficultés à concevoir. L'adoption est donc massivement l'affaire de couples souhaitant un enfant, mais qui ne peuvent pas ou rencontrent des difficultés à l'avoir de manière biologique. Lorsque les couples pensaient avoir des difficultés à concevoir (définitives ou non), 95% d'entre eux ont consulté un médecin dans le but d'avoir un enfant. Il y a donc un engagement massif des couples vers une solution médicale avant de se lancer dans une procédure de demande d'agrément, et cette démarche survient en moyenne deux ans après la première consultation médicale. De nombreux couples pensent à l'adoption sans pour autant accepter de faire le deuil de la grossesse naturelle (comme cela est préconisé par les services d'adoption) et tout en gardant l'espoir de la réussite médicale (les couples se placent plus souvent eux-mêmes du côté des taux de réussite de la FIV que

du côté de l'échec). Les personnes enquêtées en qualitatif ont presque toutes cherché à privilégier les liens du sang plutôt que des liens sociaux basés sur l'affectif, privilégiant donc une procréation « naturelle ». D'après les données de l'enquête sur l'Adoption, la moitié des personnes qui se sont vues proposer une technique médicale lourde l'ont effectivement pratiquée, aussi longtemps que le médecin l'a proposée. Près de 40% des couples ont suivi au moins trois traitements. Ce recours fréquent, multiple, à des traitements médicaux constitue une expérience vécue difficilement par les couples, et nous exposerons les motifs de lourdeur et de contraintes des démarches qui entraînent l'arrêt des traitements. Recourir à l'AMP est une aventure très éprouvante, douloureuse et difficile, tant sur le plan physique (les traitements afférents, la fatigue, les déplacements répétitifs et réguliers) que sur le plan moral (accepter un éventuel échec, vivre une importante déshumanisation de la procréation) essentiellement pour les femmes.

## V – REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BILLARI F.C., 2006, « Micro et macro-démographie : combler le fossé », in Démographie : analyse et synthèse. Volume VIII : Observation, méthodes auxiliaires, enseignement et recherche, INED, Traité de démographie, Chapitre 133, p.375-398.
- BONDE J.P., STORGAARD L., 2002, « How work-place conditions, environmental toxicants and lifestyle affect male reproductive function. » *International Journal of Andrology*, 25(5), pp. 262-268.
- BOZON M., 1992, « Par-delà le quantitatif et le qualitatif. Pour une analyse des mécanismes de différenciation », dans Démographie et différences, colloque international de Montréal, Aidelf, éd. PUF, p.559-566.
- BOZON M., 2006, « L'apport des méthodes qualitatives en démographie in Démographie : analyse et synthèse. Volume VIII : Observation, méthodes auxiliaires, enseignement et recherche, INED, Traité de démographie, Chapitre 133, p.375-398.
- CARLSEN E., GIWERCMAN A., KEIDING N., SKAKKEBAEK N.E., 1992, « Evidence for decreasing quality of semen during past 50 years ». *British Medical Journal*, 305(6854), pp. 609-613.
- CHARBIT Y., 1999, « Famille et fécondité : pour une démographie compréhensive », dans Sociologie et sociétés, vol. XXXI, N°1, p.23-34.
- DESCHENAUX F., 2007, « Guide d'introduction au logiciel QSR NVivo 7 », *Les cahiers pédagogiques de l'Association pour la recherche qualitative*, ARQ, Québec, 32 p.
- KOHLER H.P., BILLARI F.C., ORTEGA J.A., 2002, « The Emergence of Lowest-Low Fertility in Europe during the 1990s », *Population and Development Review*, Vol.25, n°4, pp.641-680.
- LA ROCHEBROCHARD (DE) E., LERIDON H., 2005. « L'extension du recours à l'aide médicale pour procréer s'accompagne-t-elle d'un sentiment croissant d'infertilité dans la population française ? » XXVe Congrès International de la Population, 18-23 juillet 2005, Tours, France.
- MAZUY M., 2006, *Être prêt-e, être prêts ensemble ? Entrée en parentalité des hommes et des femmes en France*, Thèse de doctorat de démographie, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 350 p.
- RICHET-MASTAIN L., 2007, « Bilan démographique 2006. Un excédent naturel record », INSEE première, n°1118, 4 p.
- SLAMA R., MOREAU C., SPRIA A., 2008, "Qui choisit de médicaliser une infécondité", in La Rochebrochard E. (dir.), *De la pilule au bébé-éprouvette. Choix individuels ou stratégies médicales ?*, INED, Paris, 2008, pp.61-79.
- THONNEAU P., MARCHAND S., TALLEC A., FERIAI M.L., DUCOT B., LANSAC J., LOPES P., TABASTE J.M., SPIRA A., 1991, « Influence and main causes of infertility in a residant population (1 850 000) of three French regions », *Human Reproduction*, 1991, Vol.6, n°6, pp.811-816.
- TOULEMON L., 1995, « Très peu de couples restent volontairement sans enfant », INED, *Population*, n° 4-5, pp. 1079-1109.
- TOULEMON L., MAZUY M., 2001, « Les naissances sont retardées mais la fécondité est stable », *Population*, 56 (4), pp. 611-644.
- VILAIN A., PERETTI C. (DE), HERBET J.B., BLONDEL B., 2005, « La situation périnatale en France. Premiers résultats de l'enquête périnatale. », Drees, *Études et Résultats* n° 383, 8 p.