

Du corps au ventre : récits de femmes en procréation assistée

Céline Boissonneault, Florence Vinit

Université du Québec à Montréal

Résumé

Le désir d'enfant est profondément ancré dans la relation humaine. La grossesse peut également se vivre comme la célébration de ce désir auquel le corps a acquiescé. Paradoxalement, la procréation médicalement assistée s'inscrit dans une visée de maîtrise de la reproduction humaine, posant le corps dans le paradigme du corps-objet. À l'instar de ses interventions souvent intrusives (examen gynécologique, échographie intra-vaginale, injections, prise de médicaments, ponction ovarienne), il semble que la procréation assistée tente de percer le mystère de l'origine, précieuse énigme notamment portée par le corps féminin. Du point de vue des femmes, ces démarches se dessinent souvent comme un véritable parcours du combattant teinté d'oscillations entre deuil et espoir, et marqué de souffrance. L'on observe un certain rétrécissement du corps et de l'être, à l'organe reproducteur déficient. Qu'en est-il de l'expérience du ventre, de l'utérus, antre accueillant la relation primitive entre la mère et l'enfant? Il semble nécessaire de réfléchir à la question de l'accompagnement offert aux femmes recourant à ces démarches afin d'y réintroduire le dialogue. En ce sens, cet article se propose de penser la question du rapport au corps féminin à travers l'exploration de blogs rédigés par des femmes en procréation assistée.

Introduction

C'est le début du cycle. Injection, échographie endovaginale, mesure de l'endomètre, du follicule. Chaque étape marque un pas concret vers la réalisation possible du désir d'enfant de Sarah qui raconte son parcours. L'amorce des interventions de la fécondation in vitro lui annonce le droit d'espérer. Elle s'autorise même à visiter une boutique pour bébés et s'y procure une peluche. C'est l'enthousiasme des commencements que l'on souhaite prometteurs. Chaque étape est racontée avec une minutie semblable à celle de l'équipe médicale qui examine et prépare son corps à la procédure :

Je regardais attentivement l'écran pendant qu'il [le gynécologue] prenait différentes mesures. Résultat : c'est à l'ovaire droit que ça se passe! Un mignon et joufflu follicule de 12 mm nous a fait coucou. (...) Le médecin nous a dit que c'était lui, notre futur fils ou notre future fille. (Extrait du blog 1, Sarah).

Une autre femme raconte ses embryons implantés, ses « petits oursours polaires » :

Petits esquimaux, princes régnants sur un royaume à la froideur blanche et immaculée, dénommé laboratoire, poussières d'Inuits sur une banquise faite de paillettes d'espoir (Extrait du blog 4, Anna).

Douceur et beauté, tentative de donner vie dans la froideur du laboratoire, du métal et du blanc immaculé. L'espoir des beaux jours qui attend ses princes prend ici la forme de paillettes, revêtement féminin, chic et brillant :

J'ai eu ma deuxième échographie ce matin. Grâce aux encouragements venant de part et d'autre, Petit Fofu a bien grossi. Depuis mardi, il a gagné 4 mm, donc il est maintenant à 16 mm » (Extrait du blog 1, Sarah).

À chaque jour, l'échographie permet d'assister aux infimes variations dans les mesures du follicule et de l'endomètre. Le follicule a diminué de taille. Plombe alors l'inquiétude. Le moniteur donne à voir chaque modulation hautement significative si petite soit-elle. Le creux du ventre, l'intérieur du corps normalement inaccessible à l'œil, devient ici lieu d'investigation en vue du succès de l'intervention. Sarah se plaint du manque de délicatesse de son médecin lors de l'échographie endovaginale : « on dirait qu'il brassait sa sauce à spaghetti! » Sur ce chemin vers l'espérée maternité, cette femme se proclame néanmoins « reine des étrières », « abonnée aux échographies endos », « championne des injections »... Enfin, elle se récompense suite à l'intervention par l'achat de sous-vêtements coquets et confortables. Sur son corps examiné dans ses replis les plus intimes, l'envie de porter de jolis sous-vêtements. (Re) donner chair à ce corps féminin dont la capacité d'enfanter est mise à mal. Envelopper de douceur ce corps dont on a extrait des mesures, où l'on a injecté des médicaments. Couvrir ces régions intimes exposées à répétition au regard médical.

C'est à travers la lecture de blogs, récits narratifs virtuels, que je suis allée à la rencontre de femmes ayant fait l'expérience de la procréation médicalement assistée. Davantage que le récit quotidien des parcours en clinique de fertilité, c'est une véritable histoire qui s'est révélée à moi, une histoire de deuils et de limites. « Moi qui croyait que la médecine, la procréation médicalement assistée (PMA), pouvait venir à bout de nos corps infertiles », écrit Édith sur son blog. La médecine de la reproduction compte au nombre des technosciences porteuses du fantasme de toute-puissance, faisant ainsi miroiter la possibilité d'un monde au sein duquel les corps n'ont pas de limite. La croyance que la médecine peut « venir à bout » d'un corps infertile suppose un rapport au corps sur le mode d'une lutte dont l'univers technoscientifique est l'arène, dont l'arsenal technique déployé est l'instrument de bataille. Le corps y fait obstacle. Pour Le Breton, cette illusion de maîtrise sur le corps et la procréation est notamment annoncée par la contraception et l'interruption volontaire de grossesse qui « ont ontologiquement modifié le rapport au corps et à l'enfant en les rendant l'un et l'autre programmables » (Le Breton, 1999, p.70).

De là l'impression d'une possibilité d'emprise sur la procréation. Or la seule chose qui soit réellement possible de contrôler demeure le fait de ne pas concevoir d'enfant. Comme le suggère Le Breton, ces changements historiques ont largement contribué à donner le statut fantasmatique de toute-puissance à la médecine de la procréation. La PMA semble offrir une avenue alléchante, une ouverture de possibles pour ces femmes en mal d'enfant. Elle propose une réponse à une souffrance, celle de l'infertilité. Toutefois, comment l'idée que tout est possible vient-elle teinter l'expérience des femmes qui s'engagent dans ces traitements lorsque leur corps n'y répond pas?

Du point de vue des femmes, ces parcours se dessinent souvent comme de véritables épreuves de fond. La souffrance psychologique inhérente aux traitements de procréation assistée est reconnue et abordée par la littérature (Domar, 2004; Greil, Slauson-Blevins, Mac Quillan, 2010; Verhaak et al., 2006). L'accumulation de deuils, l'oscillation entre l'espoir et la peur de perdre, prennent littéralement corps à travers les démarches. Au cœur des interventions; le ventre féminin, l'utérus, antre accueillant la relation primitive entre la mère et l'enfant. Le corps y est toutefois considéré dans sa seule dimension physiologique : les prouesses technologiques permettent d'espérer surmonter la limite d'un corps infertile, mais cela se fait cependant, et c'est là une critique importante à l'égard des PMA, au coût d'une désymbolisation majeure et au risque de réduire la femme à son organe reproducteur (Le Breton, 1999).

Dans son ouvrage *Philosophie de la santé*, Gadamer (1998) questionne l'articulation de l'expérience du corps et de la science. Avec Merleau-Ponty (1945), nous dirons que c'est par le corps que nous existons, que nous sommes au monde et entrons en relation. Condition première de notre existence *située*, le corps ne peut se réduire, dans l'expérience première, à une totale objectivation. Il est toujours déjà doté de sens. Qu'en est-il alors du vécu du corps des femmes recourant à la procréation assistée? Comment le traitement médical et technique du corps vient-il teinter leur *être* entier, leur rapport au monde et à elles-mêmes? Là où on constate peu de mise en parole de ce qui est *fait* sur le corps, il semble nécessaire de penser

l'accompagnement offert aux femmes en ces démarches. Depuis une perspective herméneutique et existentielle, cet article se propose d'aborder la question du rapport au corps féminin dans le contexte de la PMA. L'interprétation de blogs rédigés par des femmes en procréation assistée servira de socle à la réflexion.

Le corps conjugué au temps vécu

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

Cet extrait tiré d'un blog relate le moment suivant l'implantation de l'embryon, étape de la fécondation in vitro (FIV) consistant à insérer l'embryon fécondé en éprouvette dans l'utérus de la femme. Le temps d'attente suivant cette intervention a une teneur bien particulière. L'embryon souvent très investi est désormais dans le ventre de la femme. Reste à voir s'il y restera, si la grossesse se poursuivra. L'attente en cette situation précaire semble soulever une grande impuissance. C'est qu'abritant ainsi l'embryon, la femme porte autant la possibilité de donner vie que celle de la perte. Entre l'espoir et la nécessité souvent très grande de se défendre contre l'éventualité d'un deuil, cette zone temporelle semble empreinte d'une charge pénible à soutenir : « Je suis à l'affût de tout symptôme qui pourrait me donner un indice sur le résultat de la prise de sang à venir » (Extrait du blog 2, Édith). Nausée, maux de ventre, pertes marrons, fatigue, à quoi tout cela rime-t-il? Ces manifestations du corps peuvent tout aussi bien annoncer le début d'une grossesse que la venue des règles ou d'une

fausse couche. Sur quoi s'appuyer alors que le corps échoue à informer clairement de son état? Le corps se défile et n'offre ni possibilité d'emprise, ni certitude.

Les nombreuses périodes d'attente (ovulation, résultat du test de grossesse, mais aussi attente du moment propice pour l'implantation) s'inscrivent dans un parcours où le temps est calculé, géré. Le cycle reproducteur est mesuré de manière à pouvoir effectuer les manœuvres au moment optimal. Tout est prescrit, induit (notamment par les médicaments, par exemple, pour déclencher l'ovulation...). L'on mesure les follicules, l'endomètre, pour arriver au moment parfait pour le transfert de l'embryon. Ainsi se côtoient d'interminables périodes d'attente et un perpétuel sentiment d'urgence puisque, comme le reconnaît Le Breton (1999, p.70) : « La médicalisation de la procréation rejoint une temporalité propre à la modernité qui ne supporte pas l'attente ». C'est un rapport au temps objectif qui domine l'univers de la PMA. Ce temps calendaire propose une structure séquentielle où les heures s'enchaînent dans une suite linéaire, où l'on aurait quelque chose comme une spatialisation du temps avec le passé derrière et le futur devant. Selon ce paradigme du temps, la réponse à la question « qu'est-ce qu'une heure? » pourrait bien être 60 minutes, ou 3600 secondes. Mais si l'on interrogeait ces femmes sur la question du temps, que répondraient-elles? Pour la femme qui attend le résultat de son test de grossesse, est-ce qu'une heure est strictement 60 minutes? L'on constate alors que la mesure quantitative du temps est une abstraction et qu'au temps de l'attente, les minutes ont une texture, un poids, une couleur. Une heure peut être bien vite passée en compagnie de l'être cher et être interminable dans l'attente d'un résultat médical. C'est à la dimension subjective du temps que cela renvoie, le temps vécu. Dans un temps linéaire, chronologique, le fil est continu. Il n'y a ni début, ni fin, ni coupures. Or les coupures permettent un souffle, une prise de distance, procurent un espace pour l'élaboration. Comment le temps objectif dominant la PMA permet-il à la femme de se reconnaître comme un être cyclique et ainsi accueillir les états inhérents aux différents mouvements de son existence? Ces mouvements peuvent être les phases du cycle menstruel mais aussi la tristesse de la venue des règles,

le temps « d'encaisser » le deuil d'un traitement ayant échoué, le choc de la confirmation d'une fausse couche. Bien au-delà des minutes qui s'enchaînent dans un ordre chronologique, le passé et le futur s'enchevêtrent dans un présent qui se suspend et s'étire. L'attente porte autant l'espoir éveillé par le projet futur que le poids des deuils passés. L'extrait suivant annonce l'échec du transfert d'embryon :

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

Il en va de notre condition existentielle. Nous sommes des êtres situés, infiniment temporels. Alors que le passé et le futur dépassent en quelque sorte le présent, ils en sont la condition première, lui donnant profondeur et résonance (Simms, 2008). Le passé refuse le présent puisqu'il n'est plus et le futur n'est encore qu'imaginaire (Heidegger, 1927). Happé par le futur, l'être est toujours en projet, en avant de lui-même. Le passé se refuse à l'être; impossible de remonter le temps : il se révèle à travers les expériences vécues au présent. Cela nous donne à penser quant au vécu des femmes peinant à concevoir un enfant :

Départ demain matin, une nuit au calme, transfert lundi puis retour dans la soirée... Moi je suis sonnée et j'ai peur des nouvelles désillusions. (Extrait du blog 3, Gaëlle).

Cette femme se prépare à son troisième transfert, les deux premiers ayant échoués. Le départ prévu du lendemain pour ce nouvel essai teinte son présent de la peur que sucite la perspective d'une désillusion. C'est l'ensemble du parcours qui semble culminer dans l'éventualité d'une nouvelle déception. Les nombreuses inséminations artificielles, les deux FIV, les années passées sans l'enfant désiré. L'instant de l'intervention porte bien davantage que le nombre de

minutes constituant sa durée. Il est empreint d'une charge existentielle et la structure de la PMA ne semble pas offrir de lieux de parole pour élaborer ce vécu.

À travers le récit des femmes, il semble apparaître que l'expérience en PMA donne corps à ce rapport au temps subjectif où de nouveau siège l'impossibilité de fournir un cadre fixe et calculé. Le corps revêt son caractère existentiel par l'ambiguïté de son mode d'être, oscillant constamment entre ce corps que j'ai et ce corps que je suis (Merleau-Ponty, 1945). À la fois voyant et visible, Merleau-Ponty (1964, p.14) dira qu'il est « un soi donc qui est pris entre des choses, qui a une face et un dos, un passé et un avenir... » Le corps propre, de par sa constitution, nous oriente toujours déjà. Il vieillit et nous en célébrons l'anniversaire à chaque an, soulignant ainsi que le temps avance. Mais le corps vécu transcende cela sans quoi nous ne serions confinés qu'au statut d'objet à la durée limitée. C'est par le corps vécu que nous sommes *là*, dans la concrétude d'un temps présent, liés au monde dans l'intersubjectivité que cela suppose. « La semaine passée, il y avait une bougie de plus sur mon gâteau d'anniversaire. C'est dur de voir passer une année de plus sans enfant » (Extrait du blog 1, Sarah). Un anniversaire de naissance n'est jamais que le calcul des ans qui s'accumulent. Symbole du temps qui passe, de ce qui a précédé et qui échappe à toute possibilité d'emprise puis du futur à venir impossible à prédire. Voyons ce qu'en dit Sarah dans un billet de son blog :

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

Le projet de donner naissance renvoie à la question de l'origine, ramenant l'homme à sa propre venue sur terre, laquelle il n'a pas choisie. Puisque l'existence humaine comporte un commencement, elle est également bordée d'une fin. La mort guette l'homme, inévitablement. Le besoin de laisser sur terre des traces qui nous survivent donne certes un sens à la vie, un sentiment de continuité à l'existence. L'héritage des générations précédentes nous oriente, par lui nous allons quelque part. Ce tissage entre le passé et l'avenir prend pour plusieurs la forme de l'enfantement; une génération future portera un peu de nous, ainsi nous ne disparaîtrons pas complètement comme la grande faucheuse pourrait le laisser croire. Ces éléments sont ici racontés dans les mots d'Anna :

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

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

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

Comment comprendre une langue alors que quelque chose dans sa transmission semble avoir achoppé? Anna décrit cet enfant « affamé » de raviver cette langue maternelle, cette « mère-fantôme ». Puis c'est à l'enfant désiré qu'elle aimerait aujourd'hui donner vie. C'est elle, Anna, qui ne devient pas mère. Se trouve-t-elle ainsi face à l'impossibilité de transmettre cette « langue »? Ou peut-être souhaiterait-elle se réapproprier la parole imparfaite reçue dans sa propre expérience de la maternité? La part inconsciente qui anime et sous-tend le désir d'enfant (notamment dans le rapport à la mère) est un thème prégnant et largement abordé dans la perspective psychanalytique. D'un point de vue existentiel, c'est l'historicité de la femme qui est ici mise en jeu. Vouloir devenir mère implique de prendre cette place qu'une autre femme a un jour occupée pour soi. C'est là l'occasion de transmettre, de dresser des ponts entre deux générations, de porter cette étrange coïncidence – qui n'en est jamais complètement une – entre le passé et le futur, entre l'advenu et le devenir. Le désir de porter un enfant éveille notamment le fait universel de chaque femme d'avoir été portée dans un corps féminin. La relation difficile avec la mère pour certaines est souvent abordée à travers le récit de leur propre difficulté à porter un enfant. « Mon ressenti face à cette relation est complexe. Ma peine est profonde. Ma déception est sans fin. Et quelques fois, je ressens un grand vide, car je me sens comme si je n'avais pas de mère » (Extrait du blog 1, Sarah). Quel sens cela peut-il prendre pour cette femme de ressentir le vide de l'absence de la mère puis celui laissé par l'enfant désiré? Cet exemple met notamment en lumière la complexité des enjeux soulevés. Ce n'est jamais que le seul projet futur de concevoir un

enfant qui est mis à mal. C'est peut-être la possibilité de revisiter le passé, ici la relation mère-enfant, dans une répétition au potentiel créateur, voire réparateur. Il semble que l'incapacité pour ces femmes à devenir mère à leur tour peut rappeler une relation défaillante à leur propre mère. Comment ont-elles été portées au monde? Et comment cela s'inscrit-il dans leur vécu alors qu'elles désirent *porter* un enfant? Ces thèmes visent à exemplifier des champs d'élaboration possibles pour permettre aux femmes de se raconter. Le projet d'enfantement s'inscrit dans une histoire, dans le cours d'une vie. Il est apparu au fil de la lecture des blogs que les femmes établissaient elles-mêmes un dialogue entre les générations (celle qui précède, celle à venir). Le travail de mise en mots peut-il réintroduire de la parole, et le mouvement nécessaire à l'élaboration d'un récit ouvert, porteur de sens?

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

Ce corps, est-il le mien?

Certaines femmes vont attribuer un surnom à leur utérus presque comme s'il s'agissait d'une personne, d'un autre, qui devient allié ou un ennemi. Par exemple, Sarah parle de son « terrier magique ». Le terrier est en fait une maison sous terre, enfouie et à l'abri des intempéries et du regard du monde extérieur. Tout comme l'utérus qui porte, protège et abrite l'enfant à naître, le terrier est caché. Nous retrouvons la profondeur du nid utérin qui n'est pas sans rappeler l'imaginaire de la grotte évoqué par Gaston Bachelard et qui donne à l'organe matrice sa valeur de grande protection et de mystère insaisissable :

En effet, la grotte est un refuge dont on rêve sans fin. Elle donne un sens immédiat au rêve d'un repos protégé, d'un repos tranquille. Passé un certain seuil de mystère et d'effroi, le rêveur entré dans la caverne sent qu'il pourrait vivre là (Bachelard, 1948, p.185).

La protection évoquée par la grotte, le terrier, porte également son revers, soit la peur d'y rester pris. « La dialectique du refuge et de l'effroi a besoin de l'ouverture. On veut être protégé, mais on ne veut pas être enfermé. L'être humain sait à la fois les valeurs du dehors et du dedans » (Bachelard, 1948 p.186). L'ouverture n'est possible que par la distinction marquée entre le dedans et le dehors. Le terrier en est un parce qu'il est sous la terre et qu'il existe un lieu au-dessus et autour de lui. Sarah raconte : « 4 gynécocos différents ont vu mon terrier magique cette semaine » (Extrait blog 1, Sarah). Dès lors que cette partie du corps est habituellement loin du regard et que son surnom évoque quelque chose de l'ordre de l'« enfoui », elle se trouve exposée à maintes reprises à la vue des médecins. L'échographie montre ce « dedans » du corps. Le surnom donné à l'organe, « terrier magique », est-il une voie langagière pour se réapproprier son utérus, se rappeler sa fonction de protection et de portage à l'abri d'un dehors trop prégnant? Comment penser le rapport de ces femmes à leur ventre, avec ce que cela peut supposer d'intimité?

Anna relate que : « Tout se passe désormais hors de nos corps. Notre biologie est délocalisée, dans un labo froid et blanc. » Selon Merleau-Ponty (1964), le corps est « pris dans le tissu du monde » mais il n'est pas complètement dispersé dans le monde, et cela par la possibilité de son intériorité. Le regard donne accès à une partie du monde, révélant à notre vision un champ qui porte du même coup ce que l'on ne peut voir. Bien sûr, le miroir a transformé cet aspect du rapport au corps, et même à l'être, mais ultimement, nous ne sommes pas à même de nous voir en entier. Certaines parties de nous échappent à notre regard et ne peuvent être vues que par un autre. L'échographie compte au nombre des technologies permettant d'exposer l'intérieur du corps féminin, dans ses replis les plus intimes. La procédure de la ponction ovarienne ou encore de l'implantation de l'embryon est

souvent suivie par les patients sur grand écran au moment même où elles s'effectuent. Ces expositions répétées participent peut-être du sentiment raconté par les femmes que leur corps ne « leur appartient plus. » Les technologies faisant voir à répétition l'intérieur du corps jouent au niveau de la limite du dedans et du dehors, rendant parfois la limite plus poreuse. Une femme va même jusqu'à afficher sur son blog une photo de son échographie pelvienne, présentant à toute la communauté virtuelle l'image et la taille des follicules, l'épaisseur de son endomètre. Dans un autre billet, Anna raconte quelque chose de l'ordre d'une désappropriation :

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

C'est le fait de la PMA que de rendre possible la fécondation hors corps. L'évocation du laboratoire démontre d'ailleurs combien les lieux de la PMA peuvent frapper l'imaginaire. Bien que le processus s'effectue hors des corps des parents en devenir, le projet de concevoir un enfant est porté par le couple qui investit chaque étape du processus d'une manière bien particulière. Certaines femmes vont s'approprier tout le vocabulaire de la PMA (utilisation des termes, des acronymes, grande connaissance des médicaments et de leurs effets, acquérir beaucoup d'information sur les différentes étapes, etc.). D'autres seront très à l'affût des mesures de leur corps (notes sur les jours de leur cycle, température, mesures des follicules, taux d'hormone). Elles parlent de leur corps en dosage d'hormone, nommant les caractéristiques de leur organe reproducteur souvent perçu comme défaillant. Gaëlle, à qui le médecin a dit de son utérus qu'il était « hostile » à la nidation, surnomme son organe « killer » dans son blog. Cela est toujours amené sous le signe de l'humour sans pour autant évacuer la charge symbolique de l'hostilité. Dans un billet rédigé plus tard dans son parcours, elle ira jusqu'à se surnommer elle-même la « serial killer » de la PMA. La matrice ne prend plus ici la

forme d'un nid douillet dans l'imaginaire. Elle résiste à accueillir l'enfant et à le porter, et ultimement c'est la femme elle-même qui se perçoit comme incapable de porter l'embryon, portant à son tour le surnom de « killer ». L'utilisation par les femmes du vocabulaire médical peut peut-être être comprise comme une identification à ce corps chiffré que leur miroite la médecine de la reproduction. Mais n'y aurait-il pas là une tentative de se réapproprier quelque chose qui leur serait arraché par la technologie? Lorsque Sarah parle des mesures de son endomètre et en décrit les moindres fluctuations, peut-être tente-t-elle de faire sien ce parcours vers la procréation. De ramener en elle ce qui semble mis à l'extérieur par les outils techniques dont dispose la science.

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

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

Les marques de l'inhabité

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

Il n'est pas rare de lire le récit d'une transformation du corps. Les femmes parlent du « nombre de kilos pris depuis la PMA ». L'extrait ci-dessus illustre combien la prise de poids, effet secondaire fréquent des traitements hormonaux, est souvent mise en lien dans le récit avec l'absence d'enfant, ou le vide du ventre. L'envers de la prise de poids se vit comme l'absence de l'enfant tant désiré, car le ventre demeure « vide ». Soulignant son inconfort vis-à-vis la prise de poids, une femme dira par exemple : « Mais après tout, le but de la manœuvre n'est-il pas de devenir grosse comme une baleine avec cette grossesse tant désirée? » (Extrait du blog 3, Gaëlle) C'est que l'objectif visé n'est pas uniquement d'arrondir le ventre, mais que celui soit « plein » d'un enfant à venir. C'est l'idée de la grossesse avec ce qu'elle évoque de la plénitude qui est ici mise en scène. Devenir enceinte est bien sûr le but ultime des femmes en PMA et la grossesse est envisagée comme cet état où la femme se sent ronde, où le ventre grossit en étant « plein » de vie.

L'auteure Eva Simms (Simms, 2008) décrit l'utérus comme la première maison de l'existence. C'est le désir d'abriter, de porter au monde un nouvel être qui habite ces femmes. En ce sens, les rondeurs causées par la prise de poids alors que les traitements échouent ne semblent que souligner de manière apparente le vide du corps. Car si l'enfant prend forme au fil du temps dans la tête et dans le cœur, il ne vient jamais habiter la réalité tangible du corps. Ainsi l'exprime une femme dans son blog :

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

Est ici convoqué l'envers du plein, soit le vide représenté par l'absence d'enfant. Le ventre vide, le creux, matrice incapable de se remplir, l'échec. Le ventre n'est pas habité par la vie qu'il peine à porter. Il se vide à l'arrivée des menstruations. Ces dernières, pourtant si souvent banalisées, deviennent marqueur physique et symbolique du ventre qui se vide, de l'enfant rêvé qui s'échappe une fois de plus. Iris Marion Young décrit bien la charge symbolique des règles et ce que cela peut venir toucher chez les femmes :

Menstrual blood reminds every subject of her origins inside a female body and her own ejection through vaginal canals; abjection is the fear of losing the border between self and other we have constructed in our infant struggle to separate from the warm and nurturing mother. Menstrual blood is a fluid and olfactory substance that itself defies boundaries and fixity (Young, 2005, p.109).

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

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

serré de voir tout ce sang notre petite chose partant avec
(Extrait du blog 1, Sarah).

Sur le blog d'Édith, on peut lire la description d'un événement similaire :

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

L'on peut lire combien la douleur physique et la souffrance psychique se côtoient de près, pour ne pas dire qu'elles s'enchevêtrent. Si bien que nous sommes de nouveau confrontés à l'impossibilité de dissocier le corps de l'être qui l'habite. Quel sens prend l'expérience que font les femmes de leur propre corps dans le contexte de la PMA? « J'ai une boule au creux du ventre... mais mon ventre est toujours aussi vide de vie, encore » (Extrait du blog 4, Anna). Le vide du ventre, dont les menstruations, la fausse couche et le fait de n'être pas enceinte sont corollaires, semble ramener à l'absence de l'enfant, au deuil souvent répété d'une grossesse menée à terme.

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

ventre. » Les bleus laissés par les injections, la fatigue causée par les traitements, les kilos en surplus font du corps l'emblème d'un véritable parcours du combattant.

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

Enfin, ces changements corporels renvoient au poids dans ce qu'il a de lourd, rappelant ce fardeau raconté par les femmes. Une dialectique entre la douleur du vide et la charge du stigmaté semble apparaître, témoignant notamment de la complexité de l'expérience dont il est question.

De la boxe

Plusieurs récits empruntent au vocabulaire de la boxe : « me voilà sur le ring de la P.M.A. », « Dame Nature m'a mise K.O. », « prendre un coup en plein visage », « 1er, 2e, 3, round », « victoire », « lutte », etc... C'est tout un imaginaire du combat qui se déploie, témoignant peut-être du poids porté par ces femmes à travers leur parcours. La métaphore du combat semble rendre compte de tout ce qui est subi souvent pendant de longues périodes, mais aussi de ce qui est investi et mis en œuvre dans l'espoir de « gagner » :

Match annulé : Je ne suis même pas capable d'aller au bout de ma première FIV. Il n'y aura pas de ponction. Le cycle est annulé car il y a trop d'anomalies. 5 échographies, 5 jours d'injections, des comprimés qui

m'ont rendue malade, 3 prises de sang, tout ça pour rien (Extrait du blog 1, Sarah).

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

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

De nouveau, l'espoir de gagner flirte avec la possibilité d'une autre défaite. L'on sent toutefois que cette dernière éventualité est davantage appréhendée. Le coup de sifflet donné, elle se relève, fatiguée. Ce n'est pas comme au début du match où un élan de confiance porte la boxeuse vers le ring. C'est le 10^e round pour Gaëlle. Elle s'est retrouvée au sol quelques fois. A reçu trop de coups dont son corps porte les marques et ressent les courbatures. Le sang rouge sur le papier toilette blanc n'annonce pas son repos mais une nouvelle joute. Or elle chancelle déjà. Elle se sait moins solide sur ses jambes comme dans son ventre et la possibilité d'une « grosse claque en pleine tronche » n'apparaît que plus douloureuse. Elle rejoint Sarah qui se dit : « Épuisée d'espérer et de faire face à la déception, fatiguée de devoir me relever à chaque fois et de garder la tête haute en me disant que oui, on allait réussir à le faire, cet enfant » (Extrait blog 1, Sarah).

Les parcours de ces femmes se dessinent comme de véritables épreuves de fond : « S'en suit le Grand Nettoyage de Printemps, en avance d'une saison, de rigueur pour lancer les hostilités et les phases de préparations quasi-marathonniennes. Du sens de la rigueur porté aux nues olympiennes » (Extrait du blog 4, Anna). Gaëlle aussi évoque ces préparations olympiennes : « Le jury français ayant validé mes résultats, deuxième épreuve, le lancer du javelot dans le gras du ventre

dès ce soir » (Extrait du blog 3, Gaëlle). Les « marathons du sexe pour mettre toutes les chances de notre côté » (Extrait du blog 2, Édith) côtoient les « championnats d'injections ». Dans un ring de boxe, ou alors dans une épreuve olympique, il semble que l'on soit en quête d'un résultat, d'une victoire : gagner ou perdre. Mais contre qui, exactement? Certaines affirment se battre contre « Dame Nature ». Peut-être est-ce contre ce corps qui n'accueille pas l'enfant désiré, ce corps dont on a l'impression qu'il se refuse aux prouesses technoscientifiques? Est-ce un combat contre l'infertilité en tant que condition physiologique ou comme souffrance psychique? Plus globalement, c'est à une limite qui fait obstacle que s'adresse la bataille ici. Cette limite peut être incarnée de différentes manières. Par le corps dans certaines conditions physiologiques menant à l'infertilité; par le temps lorsque l'âge de la ménopause approche; par la technique alors que les moyens ne parviennent plus à contourner les limites fondamentales du corps et du temps. Les limites peuvent également être portées par la société et l'État alors que le gouvernement met en place certaines balises pour couvrir ou non les frais de certains traitements. Le remaniement du Programme québécois de procréation assistée donne d'ailleurs actuellement lieu à plusieurs débats. Cela met en saillance le fait que le vécu individuel des femmes s'inscrit dans un contexte sociopolitique bien plus large. Mais à travers ces parcours de « guerrières », les femmes rencontrent tour à tour une autre limite. Une limite intime, portée différemment par chacune d'elle et face à laquelle elles se retrouvent seules, celle de ce qui leur est possible ou non de supporter. Pour Gaëlle, c'est à l'aube d'une dixième tentative que cela se présente :

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

Ce constat s'inscrit pour elle dans un parcours au cours duquel les limites ont bougé.

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

La médecine de la reproduction s'exerce à dépasser une limite du corps, annonçant la naissance qui en résulterait comme un succès. Ceci devient porteur d'espoir pour le couple qui désire un enfant. Nonobstant les efforts techniques déployés, une limite semble subsister pour les femmes dont le récit a éclairé la présente réflexion. Il vient un moment où, pour elles, certaines limites ne seront pas dépassées. Et cela ne semble pas venir d'une structure externe (comme un nombre limité de traitements couverts par l'état, ou la recommandation d'un médecin). Il apparaît plutôt que c'est de l'intérieur qu'elles vivent l'impossibilité de poursuivre. Pour Gaëlle, c'est le coup de la 10^e tentative qui sera la dernière, puisqu'elle ressent qu'elle n'en peut plus. Pour Sarah, c'est au quatrième traitement pour lequel les effets secondaires des médicaments sont lourds et inquiétants. Edith, quant à elle, envisage difficilement la possibilité de la fin alors que le médecin lui annonce qu'il ne sait pas s'ils réussiront à avoir un enfant. « Comment peut-on faire son deuil quand on espère encore désespérément? » demande-t-elle (Extrait du blog 2, Edith). C'est là une question profondément existentielle car elle touche chaque homme, chaque femme, dans sa condition humaine limitée. Comment renoncer? Comment perdre? Et comment vivre ces épreuves? L'absence d'une réponse exacte témoigne de nouveau de notre finitude, du caractère incomplet de notre existence. En disant que « Naître, c'est perdre sa mère », Pascal Quignard (1998) rappelle que la possibilité de grandir commence d'abord dans la perte. La venue au monde découle de la sortie du nid utérin, première de

plusieurs séparations d'avec la mère. Cette césure donne lieu à autant de tentatives de rapprochements symboliques que sont la culture, le langage, la relation qui ouvre à l'autre. De là la possibilité de concevoir la limite comme commencement, et donc comme étant constitutive de notre liberté puisque ce n'est qu'à partir d'elle qu'il est réellement possible de choisir. Les situations-limites présentées par Karl Jaspers constituent ces lieux où :

(...) L'homme fait l'expérience de limitations qui deviennent directement les conditions de sa liberté et le fondement de ses actes. À partir d'elles, il peut éclairer son existence, poser les jalons de ce qu'il peut et de ce qu'il ne peut pas, et atteindre ainsi, au-delà d'un simple « être-résultat », une existence (...) (Arendt, 2002, p.73).

Par le choix, l'Homme s'impose à lui-même une limite à partir de laquelle il peut espérer une ouverture, un nouveau commencement. Sachant que chaque choix ne relève pas uniquement d'une volonté consciente mais porte également quelque chose qui nous échappe, choisir c'est aussi renoncer. Et vivre, c'est exister ces choix, c'est-à-dire les porter, les assumer.

À ce propos, Thierry Hentsch rappelle que le monde illimité n'est en fait qu'une illusion. « L'absence de limite est un mauvais espoir dans un monde bardé de clôtures. Car la limite n'est pas clôture et l'absence de limite ne rend pas libre » (2006, p.40). À partir de là, peut-on s'interroger sur le vécu des limites chez ces femmes qui traversent un parcours en procréation assistée au sein duquel tout est mis en œuvre pour les dépasser? La PMA rend possible de tenter d'enrayer une limite du corps, celle de l'infertilité. Or il ne s'agit seulement que de tentatives puisqu'aucun résultat n'est garanti. Il arrive, comme pour Sarah, Gaëlle, Edith et Anna, que les démarches n'aboutissent pas à la venue d'un enfant. Dans ce cas, tôt ou tard, la femme se trouve face à un choix : poursuivre ou cesser. Quel sens prend alors ce choix et comment est-il porté? Déposer les armes, s'inclinant devant l'adversaire qui a eu raison d'elle? Renoncer à ce parcours trop souffrant pour se tourner vers d'autres possibles? Parler, s'adresser à

quelqu'un, c'est déjà mettre en lien. En ce sens, le partage permis par la relation peut rendre l'épreuve un peu plus supportable. Se raconter à quelqu'un, c'est aussi rencontrer une autre personne qui partage la condition humaine, l'incomplétude, la nécessité de choisir et de renoncer. Briser l'isolement par le dialogue permet de porter à deux la souffrance et d'espérer en faire émerger le sens.

Conclusion : quels mots pour le corps ou comment raconter?

Le désir d'enfant, en plus de s'inscrire dans la condition humaine, est profondément ancré dans la relation humaine. Relation avec le conjoint, mais aussi avec la mère, le père, relation envisagée avec l'enfant à venir, puis avec un temps d'avant et un projet futur. L'on peut penser d'abord au couple qui désire un enfant, qui souhaite fonder une famille. Il s'agit de deux personnes ayant pour projet de s'unir afin de porter au monde un nouvel être. Hannah Arendt (1983) dira de l'enfant qu'il est le symbole de l'amour parental. Tiers dans l'union amoureuse, il amène le couple dans le monde, l'uni et le sépare à la fois. Par ailleurs, le fait de désirer un enfant ne vient jamais que d'un choix qui serait purement individuel, volontaire et conscient. La psychanalyse dira que les forces qui animent le désir d'enfant sont inconscientes, et cela ramène à une altérité interne, à l'autre en soi. Abordé d'un point de vue existentiel tel que décrit plus haut, ce n'est jamais de nul part qu'un enfant est désiré. Pour l'être fondamentalement temporel qu'est l'Homme, l'enfantement peut se présenter comme une inscription dans la trame familiale, historique d'une vie. C'est à partir de sa situation, sa culture, son époque, mais aussi de ce dont elle a hérité qu'une femme souhaite donner la vie à un enfant. Il s'agit donc déjà pour elle de se reconnaître comme seconde, de reconnaître qu'il y a toujours déjà de l'autre.

Si nous naissons, vivons et mourrons avec notre corps, c'est aussi avec celui-ci que la femme donne naissance. Premier berceau de l'enfant à naître au creux du ventre, la femme porte également le bébé désiré en son être, lequel ne peut se réduire au corps biologique. Les récits explorés dans le présent article révèlent combien le rapport au

corps est présent et affecté par le recours massif aux technologies, tel que le parcours de la procréation assistée. Le corps se trouve ainsi vecteur d'espoir mais aussi de perte et de vide, puis porteur des marques de l'épreuve que constituent ces démarches. Également le danger pour la femme de se voir réduite à son organe reproducteur, comme si l'existence perdait doucement de son amplitude pour n'offrir qu'une perspective étroite : celle d'un ventre qui ne porte pas la vie.

La possibilité de se raconter, de permettre l'élaboration de ce qui est vécu, de ce qui est *fait* sur le corps semble primordiale. La nécessité aussi de s'attarder à la résonance de ces actions dans l'histoire de vie des femmes. Qu'est-ce que ces interventions peuvent venir éveiller dont le corps a aussi été porteur? Des lieux de parole pourraient peut-être ouvrir de nouveau à l'existence, là où la rupture de liens inhérente à la souffrance semble s'être installée. Et de là, cheminer en expansion du ventre au corps, à l'être, à l'autre.

Bibliographie

- Arendt, H. (2002). *Qu'est-ce que la philosophie de l'existence?* Paris : Payot & Rivages.
- Arendt, H. (1983). *Condition de l'homme moderne*. Paris : Calmann-Lévy.
- Bachelard, G. (1948). *La terre et les rêveries du repos*. Paris : Librairie José Corti.
- Domar, A. D. (2004). Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients. *Fertility and Sterility*, 81(2), 271-273.
- Gadamer, H-G. (1998). *Philosophie de la santé*. Paris : Grasset - Mollat.
- Greil, A. L. , Slauson-Blevins, K. , & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociology of Health and Illness*, 32(1), 140-162.
- Heidegger, M. (1927). *Être et temps*. Édition numérique hors commerce.

- Hentsch, T. (2005). *Raconter et mourir : Aux sources narratives de l'imaginaire occidental*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Hentsch, T. (2006). *La mer, la limite*. Montréal : Hélio trope.
- Le Breton, D. (1999). *L'Adieu au corps*. Paris : Métailié.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard.
- Merleau-Ponty, M. (1964). *L'oeil et l'esprit*. Paris : Gallimard.
- Quignard, P. (1998). *Vie secrète*. Paris : Gallimard.
- Simms, E-M. (2008). *The Child in the World: Embodiment, Time, and Language in early Childhood*. Detroit: Wayne State University Press.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. A. M., Kraaiaat, F. W., & Braat, D. D. M. (2006). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13(1), 27-36.
- Young, I. M. (2005). *On Female Body Experience: "Throwing like a girl" and other essays*. Oxford: Oxford University Press.

Notice biographique

Céline Boissonneault est doctorante en psychologie à l'Université du Québec à Montréal. Sa thèse porte sur l'expérience des femmes ayant reçu plusieurs traitements de fécondation in vitro desquels aucun enfant n'est issu. L'élaboration de sa recherche s'effectue dans une approche herméneutique et existentielle.

Courriel : celine.boissonneault@gmail.com