

Université de Montréal

Perceptions éthiques de la procréatique par ses utilisateurs

par
Vincent Couture

Programmes de bioéthique
Faculté des études supérieures

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de maître
en bioéthique

Décembre 2006

© Vincent Couture 2006



QH

332

U54

2007

v.003

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :
Perceptions éthiques de la procréatique par ses utilisateurs

présenté par :
Vincent Couture

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Bryn Williams-Jones
président-rapporteur

Béatrice Godard
directrice de recherche

Hubert Doucet
membre du jury

Résumé

Un des grands défis qu'offre la procréatique à la bioéthique est le renouvellement d'un discours qui semble s'épuiser à l'arrivée de chaque nouvelle technologie. La recherche empirique en bioéthique sur le sujet est encore à ses débuts. L'intérêt de cette démarche est de prendre en compte la complexité éthique du phénomène trop rapidement oubliée par l'éthique appliquée et les approches féministes. Nos recherches se sont basées sur l'étude des récits médiatisés des utilisateurs de la procréatique. À partir des travaux de la philosophe morale et féministe Margaret Urban Walker sur les pratiques de responsabilité, nous avons analysé la façon dont la technique s'incarne à l'intérieur des pratiques des utilisateurs et comment celles-ci se chargent d'un contenu éthique. Nos résultats nous ont amenés à reconcevoir l'expérience éthique de la technique en tant qu'engagements incertains. Penser en terme d'engagement permet de nuancer les conceptions de l'autonomie reproductive sans pour autant voir dans la technique un agent de déshumanisation.

Mots-clés : bioéthique, infertilité, éthique féministe, assistance médicale à la procréation, nouvelles technologies de reproduction, éthique narrative.

Abstract

Amongst the greatest challenges that new reproductive technologies (NRT) pose for bioethics is the need to renew its discourse in order to respond to emerging technologies. Empirical bioethics research addressing this issue is still in its earliest stages, but is particularly relevant because it integrates an analysis of the ethical complexity of phenomenon, something that all too often has been neglected in applied ethics and feminist approaches. This research is based on users' narratives concerning NRT. Building on the work of moral philosopher and feminist Margaret Urban Walker and her research on the practice of responsibility, our study analysed the way in which technology was internalised in the user's practice and how it became ethically laden. Our results led us to reconsider the ethical experience of technology as an unpredictable commitment. Thinking in terms of commitment allowed us to nuance the concept of reproductive autonomy without seeing in technology as a dehumanising process.

Key Words : bioethics, infertility, feminist ethics, new reproductive technologies, narrative ethic, assisted human reproduction.

Table des matières

Résumé	III
Abstract	IV
Table des matières	V
Liste des abréviations	VII
Introduction	1
Problématique.....	3
Cadre de référence.....	4
Hypothèse.....	7
Revue de la littérature.....	7
Objectifs	12
Méthodologie.....	13
Création de l'échantillon de recherche.....	14
Création de la liste des termes de recherche.....	14
Constitution de l'échantillon	15
Repère et BiblioBranchée.....	16
CPI.Q.....	17
Diversification de l'échantillonnage	18
Première catégorisation : typologie des sources.....	19
Deuxième catégorisation : typologie des articles	20
Troisième catégorisation : le premier codage.....	21
Quatrième catégorisation : le second codage	22
Cinquième catégorisation : le tableau descriptif	23
L'analyse	24
Les pratiques de responsabilité de la procréatique.....	25
Première partie – le corps familial	25
Deuxième partie – le corps médical	50
Troisième partie – le corps normatif	74
Conclusion de la section.....	80
Discussion	84
Pour une éthique de la transparence?	84
Retour sur les principaux résultats	86
Retour sur la littérature.....	88
Penser l'engagement.....	95
Limites du projet	96
Conclusion de la section.....	98
Conclusion.....	99
Sources documentaires	101
Échantillon.....	VII
Annexe 1 : Liste de termes de recherche.....	IX
Annexe 2 : Tableaux des références tirées de la base de données Repère	XII
Annexe 3 : Tableaux des références tirées de la base de données CPI.Q	XXI

Annexe 4.....	XXV
Annexe 5.....	XXVI
Annexe 6.....	XXXII
Annexe 7.....	XXXIII
Annexe 8 : Second codage	XXXV
Annexe 9 : Thèmes et sous-thèmes utilisés lors de l'analyse descriptive	XXXVI

Liste des abréviations

AMP	Assistance médicale à la procréation
DGP	Diagnostic génétique préimplantatoire
DPI	Diagnostic préimplantatoire
FIV	Fécondation in vitro
FIVETE	Fécondation in vitro et transfert d'embryon
GIFT	<i>Gamete Intra-Fallopian Transfer</i>
IAD	Insémination artificielle avec donneur
ICSI	<i>Intra Cytoplasmic Spermatozoon Injection</i>
NTR	Nouvelles technologies de reproduction

Introduction

On pourrait penser que la réflexion bioéthique sur les technologies de reproduction est chose du passé. Que peut-on dire de nouveau après l'émoi suscité par les naissances de Louise Brown (1978) et de Dolly (1996) ? Malgré cet engouement spontané des chercheurs et du public pour des questions bioéthiques, la réflexion sur la procréatique conserve toujours son actualité. Un simple survol des deux dernières années de l'actualité procréatique est à ce titre des plus révélateurs. On peut penser à l'adoption par le Parlement canadien de la première loi encadrant la procréation assistée. Ce n'est qu'au printemps 2004, après dix années de travaux, que le Canada s'est enfin doté d'une loi pour encadrer l'utilisation des technologies de reproduction. Il faudra attendre cependant jusqu'en 2008 pour que toutes les règles de cette loi soient écrites (Breton, 2005; Buzetti, 2005). Peu de temps après l'arrivée de la loi canadienne, au début de l'année 2005, dans les journaux on apprenait que, grâce à la FIV, le record de la plus vieille mère n'ayant jamais accouché venait d'être battu par la Roumaine Adriana Iliescu (Perreault, 2005). Plus récemment encore, en juillet de cette année, le journaliste Sébastien Perron de la radio de Radio-Canada présentait une clinique américaine qui accueillait de plus en plus de Canadiens qui désiraient choisir le sexe de leur enfant (2006). Cette pratique de sélection des genres qui combine FIV et DGP est interdite au Canada en raison de la nouvelle loi sur la procréation.

Parallèlement à ces premières et à ces pratiques inusitées qui frappent l'imagination, depuis la naissance du premier bébé-éprouvette en 1978, l'usage de la procréatique s'est grandement normalisé. Aujourd'hui, plus personne ne porte attention au plus de 200,000 enfants qui naissent annuellement, partout à travers le monde, grâce aux technologies de reproduction assistée (ASRM, 2005).

Ce mémoire se veut une analyse, dans le cadre de recherches en bioéthique, de la procréatique. L'angle que nous avons donné à nos travaux est celui des utilisateurs ainsi que celui de la durée. En d'autres termes, notre intention est de comprendre l'expérience concrète de la technique et la manière dont le discours éthique s'enracine

à l'intérieur de celle-ci. Pour atteindre cet objectif, nous avons analysé des récits, témoignages et interviews publiés dans des magazines grand public depuis les vingt dernières années.

Dans la partie qui suit, nous allons mettre en contexte nos travaux par rapport à notre problématique, à notre cadre de référence et à la littérature. Ensuite, nous allons présenter notre démarche méthodologique lors de laquelle nous avons constitué et décortiqué notre échantillon. Notre analyse des données à l'intérieur de trois grandes catégories : le corps familial, le corps médical et le corps normatif, suit notre partie consacrée à la méthodologie. Avant de conclure, dans la partie discussion, nous reviendrons sur nos données et sur notre revue de la littérature.

Mise en contexte

Comme nous le montrions dans l'introduction, l'analyse de la procréatique participe à deux registres. Il y a l'aspect plus exceptionnel de la technique avec ses grandes premières, ses usages inusités et ses transformations de rôles que l'on tenait, jusqu'à présent, pour acquis. L'autre registre, plus anodin, est celui du quotidien des couples infertiles qui font le choix de participer à une démarche procréatique pour enfin avoir l'enfant tant souhaité. Ces deux registres qui peuvent prendre plusieurs formes se retrouvent aussi à travers l'analyse éthique de la technique.

Dans la littérature bioéthique sur le sujet, cette série d'opérations médicales sur la reproduction évoque, chez les partisans de toute tendance confondue, à la fois, la fin de l'humanité et une façon comme une autre d'avoir un enfant. Comment le projet de fonder une famille peut-il porter en lui celui de la destruction de l'humanité? Ces deux positions radicalement opposées peuvent être thématiques de différentes façons. Une de ces façons est de mettre face à face technophobes et technophiles (Roegiers, 2003). Un des critères de distinction de ces deux camps est celui de continuité ou de discontinuité de la technique par rapport à l'évolution humaine (Longo, 2003). Les technophiles, dans leur croisement avec les positions transhumanistes, voient la technique comme étant enracinée dans l'expérience humaine. Pour eux, la procréatique n'est que la suite naturelle du mode traditionnel de reproduction. À

l'inverse, les technophobes perçoivent la technique en rupture avec la nature humaine (Vandelac, 1996).

Appliquée à l'expérience de la technique par ses utilisateurs, cette distinction a quelque chose de beaucoup trop essentialiste. En quoi le projet d'avoir un enfant peut-il s'expliquer en terme de respect de la nature humaine ? Il nous apparaît que peu importe le côté que l'on prenne position, du côté des technophiles ou des technophobes, il y a un gouffre intellectuel qui nous empêche de saisir la position éthique des futurs parents.

Problématique

Notre recherche part de la prémisse que les utilisateurs des technologies de reproduction ont aussi un point de vue sur la procréatique. Si on le compare au discours scientifique, ce qui frappe c'est son aspect trop passionné et pas assez rigoureux, trop subjectif, voire relatif. Ainsi, la question devient donc : comment avoir accès à ces positions éthiques qui, d'un point de vue analytique, ont une place dans le débat démocratique sur la procréatique ? En raison des développements constants de nouvelles techniques, de variation des anciennes ou des modifications de leur utilisation, le phénomène procréatique risque de perdurer encore bien longtemps. Cette durée du phénomène réclame aussi une éthique qui soit en accord avec l'usage sans que ce soit nécessairement pour l'utilité. Notre hypothèse heuristique à ce sujet est que, de l'expérience ou de son témoignage, on peut tirer le contenu de ce qu'on pourrait appeler une protothéorie éthique qui respecte ces exigences. Notre problème ainsi thématiqué, on pourrait formuler notre question de recherche de la sorte : quelle est la perception éthique de la procréatique par ses utilisateurs ?

Pour répondre à cette question nous avons étudié des récits procréatiques dans la presse grand public des vingt dernières années. Ceci s'appuie sur l'idée empruntée aux approches narratives que les récits offrent un accès privilégié à l'expérience concrète et à sa signification. En faisant de l'expérience la mesure de la vie morale, notre hypothèse heuristique montre toute sa dimension naturalisante. En philosophie, pour plusieurs penseurs, conclure d'une observation une prescription est un jugement

fallacieux (Pidgen, 1991). Pour minimiser l'impact de cette critique, il nous suffit de préciser que notre étude vise seulement à tirer du discours son contenu éthique et qu'à ce titre il s'agit plus d'une démarche sémantique que logique. Notre étude va donc délaissier l'analyse théorique de la procréatique pour se concentrer sur une approche existentielle du phénomène.

Cadre de référence

Au niveau théorique, la façon que nous avons choisi de « tirer le contenu éthique » des récits procréatiques médiatisés s'appuie sur le travail de la philosophe morale américaine Margaret Urban Walker (1998). Ses travaux s'inspirent, à la fois, de la métaéthique, de l'éthique féministe et des approches communautaristes.

Qu'est-ce que la morale? La morale et le social

D'après Walker, la morale est quelque chose de « *deep and central about how to live* » (1998). La vision qu'elle défend est celle d'une morale enracinée dans la vie et dans les pratiques sociales. À ses yeux, la morale ne peut être séparée du social. « *Moral knowledge thoroughly enmeshed with social knowledge, both articulate and implicit* » (1998). Il en va de même du chercheur. Le chercheur s'inscrit à son tour dans le social. Les théories qu'il développe sont situées à l'intérieur d'un ensemble social (classe, société, culture, genre, etc.). « *Moral knowledge (...) is made possible and is limited by where it comes from and how it is achieved* » (1998).

Deux types de moralité

Ce modèle de la morale naît de la critique du type classique du discours moral. Walker nomme ce modèle dominant le « *theoretical-juridical of morality and moral theory* ». Ce modèle défend une conception de la moralité en tant qu'ensemble restreint de propositions impersonnelles devant guider l'action. Cet ensemble peut être possédé par un agent rationnel ou prendre la forme de lois. Pour Walker, cette position est beaucoup trop simpliste. Elle ne prend pas en compte l'ensemble des

phénomènes moraux qui ne correspondent pas à la forme propositionnelle (par exemple, des sentiments, des gestes).

Ce modèle vient de l'idée que la morale est une réflexion non empirique sur des relations conceptuelles et logiques. À ses yeux, ce projet est individualiste, intellectualiste et rationaliste, car il emprisonne la morale au sein de l'agent en tant que guide impersonnel pour l'action. Une telle vision de la morale ne peut prendre en compte le contexte et la nature de la personne.

À ce type de moralité, Walker oppose ce qu'elle nomme l'« *expressive-collaborative model* ». Cette alternative au précédent modèle permet de prendre en compte le fait que chaque individu est porteur d'une identité particulière et qu'il est acteur dans différentes situations, chacune possédant des valeurs qui lui sont propres.

La cartographie des pratiques de responsabilité

Pour avoir accès à cette morale, ou à cette vie morale, comme le précise Walker, la voie proposée est celle de l'étude des pratiques de responsabilité et leur cartographie. La philosophe ne définit pas à proprement dit ce qu'elle entend par pratique de responsabilité. Elle se contente plutôt d'énumérer une série de cas représentant ces pratiques.

Practices of responsibility include attributing some states of affairs to human agency; taking ourselves and others to be (variously) answerable for these; setting terms of praise and (more elaborately) blameworthiness, excusability and exculpation for what is or is not done, and for some of what ensues as a result; and visiting (in judgement, action, speech, and feeling) forms of commendation, or of criticism, reproof, or blame, on those judged in those terms. Sometimes rewards and honors are bestowed, or sanction, penalties, or punishments applied. These range from smiles to military decorations, and from withdrawn confidences to death by lethal injection. (Walker, 1998)

Pour Walker, les pratiques de responsabilité ne se limitent pas seulement à l'assignation de responsabilité, elles comprennent aussi celles d'acceptation ou de refus, de négociation ou de soumission.

There are given ways of contesting, defending, or excusing oneself; inviting or limiting one's exposure to expectation or damages; showing regret, contrition, or remorse (or contempt, indignation, or decision) over one's (alleged) responsibility; offering apologies, reparations, compensations, restitutions. A more or less rich repertory of feelings, experienced and expressed, accompany these realizations and interactions. The things for which we hold ourselves and each other responsible are various, too. We can be responsible for specific tasks or goals, roles with discretionary powers, acts and failures to act, outcomes and upshots of actions (not always controllable or foreseen), contributions to outcomes that are not ours alone, and attitudes, habits, and traits. Specific distributions of responsibility roughly map this complex terrain of who must account, how far and for what, to whom. (Walker, 1998)

En accord avec les théories féministes, Walker fait du concept de responsabilité un révélateur de la vie morale. Appliquée à la vie morale, l'étude des responsabilités permet de voir les positions sociales prises par l'ensemble des acteurs et les jeux de pouvoir qui en découlent.

Narrativité et responsabilité

Les travaux de Walker trouvent un écho dans l'approche narrative. D'après elle, cette approche appliquée à la construction morale de nos vies est essentielle afin de comprendre la place qu'occupent nos responsabilités ainsi que leur cohérence et leur valeur au sein de l'existence de chacun. « *The idea is that story is the basic form of representation for moral problems.* » (Walker, 1998)

Penser la technique

La dernière pièce de notre cadre de référence est notre conception de la technique et de la procréatique. En faisant de la procréatique notre concept central, notre choix vise à rassembler toutes les appellations et distinctions de techniques qui touchent à la reproduction humaine. Cette idée repose aussi sur notre intention de mettre en valeur une unité expérientielle de ces techniques. Dans notre étude, nous allons utiliser sur un même pied d'égalité, sans autre considération que celles grammaticales, les termes « procréatique », « technique », « technologies », « technologies de reproduction », « nouvelle technologie de reproduction », son abréviation « NTR » « assistance

médicale à la procréation », son abréviation « AMP ». Dans la littérature, on retrouve plusieurs distinctions, souvent fondamentales, quant à l'usage de ces termes. Notre intention était plutôt de mettre en suspens ces distinctions pour laisser le plus de place possible aux récits parentaux. Notre conception de la technique s'inspire de l'article de Marcel Mauss sur les techniques du corps (1950). Pour Mauss, une technique du corps est une façon dont les humains se servent de leur corps. Si l'on exclut de sa définition l'idée qu'une technique du corps doit s'inscrire dans une tradition, nous retiendrons que l'aspect d'usage du corps, dans ce cas-ci, utiliser le corps d'une certaine façon pour la reproduction.

Hypothèse

En regard de notre cadre conceptuel, on pourrait reformuler notre question de recherche de cette façon : quelles sont les pratiques de responsabilité propres aux utilisateurs de la procréatique? Notre hypothèse est qu'il y a transparence des pratiques, c'est-à-dire que la technique, en soi, ne crée aucune pratique de responsabilité particulière. Ce qui compte pour les utilisateurs est le désir d'avoir un enfant. Toutes les pratiques sont orientées vers cette fin et, sous cet angle, le moyen d'y parvenir (la technique) est transparent. En d'autres termes, sa valeur éthique est nulle.

Revue de la littérature

Depuis le début de cette introduction, nous traçons les contours de deux ensembles de propositions éthiques sur la procréatique. Notre hypothèse se place du côté de l'usage plutôt que de celui de sa critique, plus du côté technophile que technophobe. Ce qu'elle dit est que, du côté des utilisateurs, la technique n'est pas mal en soi, elle n'est pas une dénaturation de notre humanité.

Au début des années 90, Ginsburg et Rapp notaient cette dichotomie des positions à laquelle participe notre hypothèse. D'après eux, la procréatique entraîne, à la fois, une perte de pouvoir de la mère et un gain; elle représente un bénéfice clair pour les parents tout en permettant l'accroissement de l'hégémonie médicale sur leur corps

(Ginsburg & Rapp, 1991). En réfléchissant sur l'argument d'autonomie reproductive, nous allons présenter un survol de la littérature sur le sujet.

Dans une approche individualiste et libérale, l'argument d'autonomie reproductive prévaut (Nicholas, 2001). Cet argument soutient que (1) les couples ont accès de l'information quant au coût de la technique, à ses risques et à ses bénéfices, ainsi qu'à ses alternatives; (2) ils comprennent ces informations et ils ont la capacité de faire un choix éclairé; (3) ce choix est fait librement sans aucune influence extérieure comme, par exemple, de la coercition (Petersen, 2004).

Dans une perspective féministe, le dernier point n'est pas respecté. La FIV est une autre sorte de biopouvoir qui opère dans un contexte technique de normalisation et de contrôle de la femme. Des techniques comme la FIV renforcent l'impératif biologique d'avoir un enfant tout en augmentant le pouvoir des hommes et des fœtus par rapport à celui de la femme. Cette coercition reproductive est aussi marquée par un climat de promotion de la parentalité biologique au profit de voies alternatives. Ainsi, la technique et la promotion d'archétypes reproductifs à travers sa médiatisation renforcent les rôles traditionnels, la formation de la famille et les relations de pouvoir entre les sexes (Birenbaum-Carmeli, 2003).

D'après Petersen (2004), l'argument selon lequel il faut empêcher les femmes d'avoir accès à la procréatique car elles sont contraintes socialement ne tient pas. Si les femmes étaient véritablement contraintes, il faudrait plutôt se battre pour éliminer l'aspect coercitif que d'empêcher la procréatique. De plus, selon lui, cet argument a ceci de pervers qu'il donne l'impression que toutes les formes de reproduction sont porteuses de coercition sociale et que, pour cette raison, il faudrait encourager toutes les femmes à ne pas avoir d'enfant. C'est ce qu'il l'amène à conclure que, pour le bien-être des femmes, il est préférable de bien les informer sur les procédures afin qu'elles deviennent des agentes compétentes et éclairées et qu'elles puissent décider par elles-mêmes ce qui est bon pour elles.

Pour un autre courant, le débat quant à la valeur éthique de la procréatique ne peut être limité à la question de l'autonomie reproductive. D'après la sociologue

québécoise Louise Vandelac (1996), contraint ou non, le libre arbitre de la science et des utilisateurs est en train d'opérer une mutation de l'espèce. Selon elle, la procréatique modifie les repères de filiation tout en entraînant une réification, une instrumentalisation et une commercialisation de la reproduction des corps et de la descendance. Pour elle, la procréatique n'est pas de la procréation (c'est-à-dire la conception sexuée et sexuelle d'un être singulier), mais de la reproduction (c'est-à-dire de la production sérielle pure et simple). À ces yeux, la FIV doit être perçue comme une technologie plutôt que comme une technique. Cette distinction sert à montrer la place du logos dans la technologie en tant que combinaison d'un discours politique, économique et normatif. Sur ce point, elle rejoint les travaux de la psychanalyste Isabelle Lasvergnas. (1993) D'après cette dernière, les nouvelles technologies de reproduction représentent une perte d'humanité au sens d'une filiation incomplète. La mère incarne un gouffre, vidée de son identité, à travers une reproduction segmentée. Dans une perspective psychanalytique, cette emprise des technosciences sur l'intime rejoindrait la phobie archaïque de la mère.

Dans son article, « The Principle of Agency » (Rachels, 1998), le philosophe américain James Rachels s'oppose à cette position. Son argument est que s'il est possible d'obtenir quelque chose de bon « naturellement », il n'y a aucune raison de condamner l'obtention de ce même bien avec une aide extérieure. En d'autres termes, peu importe comment on crée un enfant, si le fait d'avoir un enfant est bon, on ne peut critiquer le moyen d'avoir un enfant. Ainsi, comme le soutient Rachels, en condamnant la FIV en tant qu'agent de réification, d'instrumentalisation ou de commercialisation du vivant, on adopte une position inconsistante qui repose sur des prémisses religieuses. D'après lui, ce qui se passe lors de la FIV dans une boîte de pétri est moralement équivalent à ce qui se produit lors de la conception d'un enfant après une relation sexuelle.

On pourrait résumer ces approches de la procréatique en se demandant si c'est la technique qui prend contrôle de ses utilisateurs, et plus particulièrement des femmes, ou, à l'inverse, si c'est les femmes qui prennent contrôle de la technique. Dans les années 90, la recherche empirique sur le sujet était encore jeune, mais déjà on

commençait à saisir que, du point de vue parental, le phénomène est beaucoup plus complexe (Ginsburg & Rapp, 1991).

L'approche privilégiée dans la recherche empirique est celle de la narrativité. Il s'agit d'un courant que l'on retrouve en bioéthique et qui possède plusieurs attaches avec l'éthique féministe. L'étude des narrations est loin d'être exclusive à l'éthique appliquée. Plusieurs autres disciplines utilisent cette approche, mais dans l'étude de la procréatique la perspective féministe demeure la plus citée. L'étude des récits permet un regard plus souple sur la procréatique, c'est-à-dire moins figé à l'intérieur de catégories normatives et plus près de l'expérience concrète des utilisateurs. Comme la chercheuse Aline H. Kalbian le thématise : le but d'une telle approche est de saisir le conflit rencontré par toute utilisatrice de la procréatique ou, en d'autres termes, l'ambiguïté fondamentale comme expérience éthique (2005).

Dans « Thinking of Something to Say : Public and Private Narratives of Infertility » (2001), la psychologue Maggie Kirkman présente ces résultats à la suite d'entrevues réalisées avec des femmes australiennes vivant l'infertilité. Son échantillon regroupe des femmes qui acceptent de ne pas avoir d'enfant et d'autres qui choisissent d'entamer une démarche procréatique. Sa conclusion est que les récits autobiographiques sur l'infertilité (*autobiographical narratives of infertility*) se situent, à la fois, dans les sphères privée et publique. D'après elle, cette ambiguïté entre le discours public et celui privé est génératrice de tension. Ainsi, les femmes infertiles doivent gérer les contrecoups de l'infertilité sur la construction de leur ego tout en présentant à leur entourage un récit de vie cohérent. La position de son article est que le tiraillement entre ces deux sphères s'est amplifié depuis l'arrivée de l'AMP.

Dans un autre article écrit aussi à la suite des mêmes entrevues, Kirkman et Rosenthal soutiennent la thèse que la technique est vue par la mère comme un instrument alternatif pour réaliser la quête d'un enfant. (1999) Ce travail-ci s'éloigne donc de la genèse du discours sur l'infertilité pour aborder l'aspect participatif de la technique. L'étude des récits conduit les chercheuses à séparer trois moments forts de cet engagement technologique. Il y a tout d'abord la « mise en intrigue » ou la

confrontation existentielle à l'infertilité. Ensuite, il y a le choix de l'instrument qu'elles qualifient de choix de Sophie en raison des effets indésirables propres à chacune des alternatives : rester sans enfant ou entamer une procédure médicale risquée. Finalement, il y a l'arrêt de la quête.

Une autre analyse narrative de la procréatique est celle de Karen Throsby (2001). Ses entrevues ont porté sur la fin du processus procréatique et les raisons de l'arrêt. Elles lui ont permis de mettre en valeur les raisons multiples qui poussent à continuer ou à arrêter un traitement. De ses récits, elle a fait ressortir sept éléments clés du discours procréatique : (1) faire tout en son possible ; (2) désespoir ; (3) résistance ; (4) bienfaisance ; (5) consommateur sensible ; (6) fertilité ; et (7) être mère.

Au regard de notre objet d'étude, il y a deux reproches que l'on peut faire à ce genre d'approche de la procréatique. Le premier rejoint les propos de Ginsburg et Rapp (1991) quant à l'oubli des acteurs autres que la mère (père, enfant, parents donneurs, voire même du médecin et de l'infirmière). Il s'agit d'une conséquence du féminisme en partie justifiée par la très forte connotation sexuelle de la technique (Throsby, 2001). Pour ce qui est de l'oubli de l'enfant, on peut y voir une conséquence logique de l'impossibilité de donner une voix à l'enfant qui n'est pas encore. Pourtant comme le soutient Janet Malek en donnant une identité narrative plutôt que numérique (dans l'espace à un moment précis) à un enfant on peut arriver à comprendre les obligations des parents par rapport à leur enfant (Malek, 2006).

Ce que notre revue de la littérature montre est qu'en réfléchissant la procréatique en terme d'aliénation ou de mutation du genre humain, on se coupe de l'expérience concrète de la technique. Inversement, en pensant en terme d'autonomie reproductive, on formalise une expérience beaucoup plus complexe qu'un choix individuel et rationnel. L'approche narrative se présente ainsi comme celle permettant la plus grande proximité avec la perspective des utilisateurs. Par rapport à cette approche, l'originalité de nos recherches sera d'étendre l'analyse aux autres acteurs qui gravitent autour de la mère en devenir tout en restreignant notre étude à l'analyse éthique.

Objectifs

L'objectif principal de ce mémoire est de développer une éthique qui soit en accord avec l'expérience parentale qui n'est ni théorique, essentialisante ou centrée exclusivement sur l'expérience féminine. L'objectif secondaire est d'entamer une réflexion sur la place d'approches éthiques naturalisantes en bioéthique. Un autre objectif secondaire est d'offrir une position éthique inusitée qui puisse enrichir la discussion éthique sur le sujet.

Avant d'entamer la réflexion sur la procréatique, dans la prochaine section, nous allons présenter la démarche méthodologique sur laquelle reposent nos travaux.

Méthodologie

Nous sommes bien mal placé pour affirmer qui de notre sujet de recherche ou de la méthodologie est arrivée en premier. Drôle de situation pour quiconque verrait, dans le choix de l'un, la détermination de l'autre. Pour notre part, la genèse de nos travaux nous vient plutôt de petits choix, à l'époque, sans importance, qui, au fur et à mesure de notre parcours académique devinrent les bases de cette recherche. La voie que nous avons prise est ce chemin qui se fait en marchant.

Notre sujet de recherche (la morale, les perceptions sociales, la symbolique, le discours commun, le point de vue des acteurs) est en soi qualitatif. Inversement, la façon dont notre sujet s'est construit ne peut être que le fruit d'une démarche qualitative. Là est sûrement le critère de toute démarche qualitative d'être le tissage sans fin de la méthode et de son objet d'étude. Voici donc la cause de notre embarras pour pointer un quelconque début à nos travaux. Nous nous contenterons simplement de tirer, un à un, sur chacun des fils de cette recherche.

De la famille des méthodes qualitatives, nous avons une dette certaine pour la démarche phénoménologique. Comme Giorgi la présente (1997), elle est radicale et descriptive. Radicale, car elle est athéorique et que, en raison de querelles philosophiques, elle ne peut pas être définie. Descriptive, car elle s'intéresse à l'expérience concrète, à ce qui se déroule devant nous, et que ce n'est qu'après qu'elle tente d'en trouver le sens. Pour passer du phénomène à sa signification, la démarche utilisée consiste à recueillir les données, leur trouver un sens global, les diviser en unités, les traduire dans la langue de la discipline et puis tout synthétiser.

Pour que le sens de ce parcours ne se perde pas, tout au long de nos recherches, nous avons tout noté, de nos idées les plus folles aux détails méthodologiques les plus précis, dans un journal de bord que nous retraversons pour en extraire notre méthodologie.

Création de l'échantillon de recherche

D'après Pires, le propre de la recherche qualitative est d'être souple et imprévisible (1997). Dans notre cas, nos recherches, au tout début, s'enlignaient vers une tout autre voie que celle qu'elle a prise. Mais était-ce vraiment un autre chemin ou tout simplement la première rencontre nécessaire avec notre sujet d'étude?

Création de la liste des termes de recherche

Avant de débiter nos recherches dans les listes de bases de données des bibliothèques de l'Université, nous avons créé la première ébauche de notre liste de termes de recherche.

Cette liste initiale nous avait été inspirée par la revue de littérature que nous avons faite pour la réalisation du projet de recherche.

Au fur et à mesure que nos recherches avançaient, la liste s'est enrichie de nouveaux termes. Souvent les bases de données offraient des index avec des synonymes ou des sujets connexes que nous reprenions par la suite. Aussi, il est arrivé de diversifier les termes par la récupération des nouveaux mots-clé cités par les bases de données.

Une autre source de nouveaux termes a été leur traduction afin d'affiner notre recherche dans les bases de données anglophones (dans ce cas-ci CPI.Q). Nous avons cherché les équivalents de ces termes de recherche dans le *Grand dictionnaire terminologique* de l'Office de la langue française du Québec (OLFQ). Quelques fois, le dictionnaire suggérait des synonymes en anglais et en français. Nous nous en sommes servis pour étendre nos recherches. Lorsqu'une définition était suggérée, nous la notions en guise de référence.

Il est aussi arrivé à deux reprises que des mots et des expressions ne se retrouvent pas dans le dictionnaire terminologique. Nous avons ainsi pu proposer comme nouveaux termes au dictionnaire (sans toutefois avoir de réponse) « procréatique » (expression utilisée dans quelques textes français) et « *enhancement* » dans une perspective biologique. Jusqu'à présent, les quelques traductions que nous avons rencontrées pour ce dernier terme ne nous ont rarement semblé concluantes.

L'exercice nous a permis de créer une liste étendue de termes de recherche. Cependant, chaque ajout ne pouvait avoir qu'une valeur prospective, c'est-à-dire qu'il ne pouvait être utilisé que dans des recherches futures. Après avoir créé un premier échantillon touffu, nous avons envisagé de recommencer la recherche dans les premières bases de données. Notre décision a été de ne pas recommencer les recherches. Il nous est apparu que, en raison de la saturation des données que nous avons rencontrée à chaque fois ainsi que du fort lien de similarité des nouveaux termes avec les anciens, recommencer la recherche ne nous garantissait pas l'ajout de nouveaux résultats.

[Voir annexe 1 pour la liste bilingue des termes de recherche]

Constitution de l'échantillon

Notre recherche a débuté dans les listes de bases de données accessibles par le site Internet des bibliothèques de l'université afin de trouver les bases recensant les publications féminines. Nous avons trouvé trois bases qui survolaient le type de périodique que nous recherchions. Encore une fois, le caractère imprévisible de la recherche qualitative allait nous conduire vers une destination insoupçonnée.

Le site des bibliothèques de l'université nous donnait accès à trois bases de données couvrant les publications québécoises, canadiennes et françaises non spécialisées. De ces trois bases, en feuilletant l'index des périodiques répertoriés, *Repère* nous est apparu comme celle qui survolait le mieux l'échantillon choisi. Cette base de données ne regroupait pas de façon exhaustive toutes les publications de type « magazine féminin » auxquelles on peut penser habituellement. Les principaux titres de cette catégorie inclus dans la base de données étaient *Châtelaine*, *Coup de pouce*, *Elle Québec* et *Femme Plus*.

Des deux autres bases de données, *Biblio Branchée* couvre essentiellement les quotidiens canadiens et français. *CPI.Q*, pour sa part, vise à regrouper l'ensemble des publications canadiennes.

Repère et BiblioBranchée

Les mots-clés « fécondation in vitro or FIV or fivete » donnèrent 162 résultats dans la base de données Repère. Les sources principales étaient des revues religieuses (Activités religieuses, RND), des revues de vulgarisation scientifique (Psychologie, Québec science, Science et vie, Science et avenir), des revues d'informations plus générales (Relation, Actualité, Nouvel observateur, Problèmes politiques et sociaux). L'angle d'approche le plus généralisé était celui du spécialiste (médecin, scientifique, philosophe, sociologue, juriste) débattant des enjeux éthiques liés à la FIV. De ces 162 titres, nous en avons choisi 15 à partir du critère de la référence à l'expérience parentale des nouvelles technologies de reproduction. La revue Parents revint souvent dans cette présélection.

Nous avons essayé ensuite comme mots-clés « assistance médicale à la procréation or assistance médicale à la reproduction or reproduction assistée or amp ». Nous avons eu 303 références. Ces références recourent celles de notre précédente recherche. Nos derniers mots-clés ont été « pma or ntr or nouvelle technologie de reproduction or procréatique ». En tout, les trois recherches combinées ont permis une présélection de 50 références.

Notre première surprise a été que, de cet échantillon de 50 références, les magazines féminins étaient très peu représentés. Les revues le plus souvent citées étaient la revue Parents et les revues de vulgarisation scientifique (presque exclusivement dans le champ des sciences humaines). De plus, il y avait presque autant de témoignages de parents que de recherches traitant de façon extérieure la question du couple et de la famille face aux NTR.

Placés devant la faible représentativité des périodiques féminins et du caractère restreint de ce premier échantillon, le recours à une nouvelle base de données s'est imposé. Après avoir exploré la base de données *BiblioBranchée*, nous avons dû reconnaître que celle-ci ne correspondait pas au type d'article que nous cherchions. Nous avons décidé de continuer la recherche de référence dans la base de données des publications canadiennes CPI.Q.

En débutant nos recherches avec CPI.Q, nous avions comme intuition que cette base nous donnerait accès à plus de magazines féminins. Ainsi, on espérait pouvoir créer un échantillon avec une forte homogénéité. Mais le choix ne se fit pas si facilement. En effet, opter pour cette voie posait la question de l'horizon culturel. N'était-il pas préférable de se limiter à un contexte francophone et américain?

[Voir l'annexe 2 pour l'échantillon extrait de Repère]

CPI.Q

La base de données CPI.Q a pour tâche de recenser la plupart des magazines canadiens. Il faut cependant prendre en compte qu'en raison de lois sur le contenu canadien plusieurs revues américaines (ex Harper's Magazine, Newsweek...) sont présentes, mais dans leur version canadienne. D'après nous, la teneur en contenu canadien peut être remise en question. Le plus souvent, il s'agit de reportages sur des situations se déroulant aux États-Unis.

Les titres que nous avons extraits de CPI.Q n'étaient pas des revues féminines, mais plutôt des revues d'informations générales et quelques rares revues francophones. Les principaux titres étaient Newsweek et People Weekly. Plus la recherche avançait, plus les références se recoupaient.

Chaque base de données ayant différents modes d'obtention des articles, pour CPI.Q, un critère implicite de sélection d'un article a été l'obtention de l'article par les services de référence électronique de l'U de M.

La base de données CPI.Q fonctionne en référant continuellement à des sujets connexes (*related subjects*). De plus, pour chaque sujet, la banque de données permet de réduire l'échantillon à des sous-catégories (*subdivision*). Un autre critère a été de privilégier les sous catégories les plus pertinentes, c'est-à-dire celles qui nous permettaient d'obtenir des témoignages de parents sur les nouvelles technologies de reproduction assistée.

Malgré la quantité importante d'articles sur les sujets qui nous intéressent, nous n'avons choisi qu'un nombre assez restreint d'articles en raison de l'angle que nous voulions privilégier. La source principale de ces articles a été le People Weekly

[Voir l'annexe 3 pour l'échantillon extrait de CPI.Q]

Diversification de l'échantillonnage

Au fur et à mesure que les résultats de CPI.Q sortaient, il devint évident que nous devions étendre notre échantillon hors des publications québécoises. Ce choix portait en lui un nouveau problème : si nous acceptions d'élargir notre échantillonnage hors du Québec, il était logique de trouver de nouvelles bases de données spécialisées pour les périodiques américains et européens.

Les questions posées par ces types d'extension concernent la diversification horizontale (le type de source) versus la diversification verticale (le nombre de sources). Le fait de diversifier le type de source nous confronte à un autre dilemme : celui de l'unité du ton (par exemple, privilégier les magazines féminins au dépend des revues de vulgarisation scientifique) versus l'horizon culturel (francophone/anglophone, québécois/canadien, américain/européen).

Afin de ne pas être en reste sur ces questions, nous avons alors débuté la recherche de nouvelles bases de données et de nouvelles listes de bases de données.

Pour ce faire, nous avons consulté le site des bibliothèques de l'U de M. À cette époque, nos recherches ne nous avaient pas permis de trouver de telles bases de données. La plupart des bases de données accessibles par le site des Bibliothèques de l'U de M sont des bases de données scientifiques. Nous avons donc déjà fouillé dans les rares bases de données offrant un accès à des périodiques non spécialisés (ex. : Elle, Châtelaine, etc.). Nous avons tout de même noté quelques bases très générales qui pourraient peut-être nous donner accès à des études, comptes-rendus et articles semi-spécialisés (FRANCIS, MEDLINE, DADI et Famili@).

Après un survol de ces bases, il s'est révélé que le type d'information que nous cherchions n'était pas accessible par l'entremise de celle-ci. En effet, leur contenu était spécialisé et ne traitait pas de notre angle la perspective parentale.

Première catégorisation : typologie des sources

Nos recherches dans les bases de données étaient enfin terminées. À ce stade, nous nous retrouvions avec 75 articles traitant de l'expérience parentale de la fécondation *in vitro*. Nous pouvions commencer l'analyse des données. La première catégorisation (qui allait être au nombre de cinq à la fin de nos travaux) avait pour tâche d'offrir un premier survol de l'échantillon en catégorisant les types de périodique.

Comme l'Annexe 4 le montre, trois revues se distinguent quant au nombre d'articles choisis. Ces trois revues sont Parents (15 articles), Paris Match (6 articles) et People Weekly (13 articles). À cette tendance s'ajoutait un courant fort quant au type de revue. Les deux types que l'on retrouve le plus souvent sont la revue dite « générale » et la revue dite « pour parent ». Le premier type regroupe les revues d'affaires publiques, c'est-à-dire celles qui visent un public de non-initiés et dont le contenu n'est pas limité par un thème directeur. À l'opposé, l'on retrouve la revue spécialisée qui s'adresse à une classe de professionnels. Le second type est celui que nous avons baptisé « parent ». Cette catégorie a été créée pour répondre à la spécificité du magazine Parent. Elle ne tient donc compte que de cette source. Il nous a semblé que la revue Parent n'était pas générale par sa spécialisation sur la thématique de la famille, mais que, en même temps, elle ne visait pas un groupe professionnel caractérisé par une conceptualisation propre.

À ces types, on retrouvait aussi les revues de vulgarisation, mais de façon plus marginale. La plupart des articles issus de ces revues ne se sont pas rendus jusqu'à ce stade de l'échantillonnage, car ils traitaient, par l'entremise de spécialistes, spécifiquement d'éthique ou de technique, mais en négligeant la dimension de l'expérience concrète.

Deuxième catégorisation : typologie des articles

Nous avons ensuite réalisé une seconde catégorisation. Elle avait pour tâche d'opérer un premier débroussaillage afin de réfléchir sur des ensembles plus petits d'articles. Le but était de voir sous quel angle les articles traitaient de l'expérience de la FIV. Nous avons nommé ces catégories de la manière la plus intuitive possible en nous référant au résumé des articles. Nous avons dégagé dix catégories :

- Première scientifique (percée scientifique, maternité tardive, etc.)
- Témoignage, récit, histoire de cas
- Jumeaux
- Éthique
- Aspect psychologique
- Famille
- Maternité
- Stérilité et infertilité
- Don d'embryon
- Cas légal

La catégorie de « Première scientifique » mettait de l'avant tout le côté spectaculaire de la science. La seconde, « Témoignage (...) », pouvait paraître un peu absurde, car il s'agissait de notre principal critère de tri. Nous l'avons conservée, car elle décrivait de la manière la plus convaincante une série d'articles axés sur le vécu des utilisateurs des technologies de reproduction sans mettre l'emphase sur un aspect précis. La catégorie « Stérilité et infertilité » regroupait des récits relatant l'expérience antérieure à la FIV. Il nous est apparu difficile de départager l'expérience de la FIV des raisons qui ont mené à l'usage de cette technique. Il en allait de même pour la catégorie « Don d'embryon ». La dernière catégorie, « Cas légal », couvrait des histoires rocambolesques de parents et d'enfants confrontés aux tribunaux. Nous avons noté que cette catégorie s'appliquait uniquement à des articles tirés de la base de données CPI.Q.

[Voir l'Annexe 5 pour la catégorisation des articles]

Troisième catégorisation : le premier codage

Les deux premières catégorisations nous ont permis un survol de notre échantillon. Ce survol était loin d'être anodin, car, grâce à lui, lentement se précisait notre objet étude et son sens global.

Face à nos 75 articles, nous devons reconnaître que notre hypothèse heuristique qui nous avait conduit à la recherche de publications féminines s'était avérée fautive. Nous avons décidé de laisser tomber la presse féminine. Le type de publication qui nous permettait le meilleur échantillon et, par le fait même, la plus grande homogénéité était les publications générales.

Notre échantillon commençait lentement à prendre sa forme définitive. Ainsi, nous avons débuté la troisième catégorisation avec 32 articles. Cette fois-ci, nous sommes rentrés dans les textes pour faire notre premier codage.

Nous avons importé tous les textes dans des documents Excel individuels. Nous les avons tous lus, puis lors de la seconde lecture nous avons débuté un codage thématique. Lors de cette étape, nous notions de façon générale les thèmes mentionnés dans les articles. Notre objectif était de saisir l'esprit général des passages. Avec la même logique inductive, nous débutions le codage de manière intuitive et lentement des catégories commençaient à se dessiner.

Une fois le codage réalisé pour l'ensemble des textes, nous avons retouché l'échantillon et nous avons éliminé des articles qui, en définitive, ne traitaient pas de notre sujet de recherche sous l'angle choisi.

Ensuite, nous avons extrait tous les thèmes utilisés dans chaque article et nous les avons classés dans des catégories plus générales afin d'en normaliser l'usage. Nous avons nommé cette étape l'analyse thématique. De façon inductive, nous sommes passés des sous-thèmes aux thèmes. Nous avons nommé l'étape suivante l'analyse comparative. Cette étape nous a permis d'analyser les différentes catégories créées précédemment. Ceci a mené à la réalisation de trois tableaux dans Excel pour essayer de donner un sens à cette nouvelle catégorisation.

Le premier tableau présentait les sous-thèmes utilisés pour chaque article et leur nombre d'occurrences. Le second tableau regroupait les sous-thèmes à un niveau encore plus supérieur de généralisation. Le troisième tableau a tenté de déceler une logique historique qui aurait pu se dessiner dans la manière dont la procréatique a été traitée au courant des 25 dernières années. Une des conclusions que l'on pouvait tirer de ce tableau est que, dans une perspective thématique, la FIV et ses extensions procréatiques ont toujours été traitées de la même façon. Ceci infirmait une de nos hypothèses parallèles selon laquelle la reproduction assistée, au fil des ans, aurait cessé de susciter un intérêt éthique, légal et social.

[Voir l'Annexe 6 pour la création des familles de sous-thèmes et l'Annexe 7 pour le survol thématique historique]

Quatrième catégorisation : le second codage

Des 32 articles que nous avons au début du premier codage, au début du second, nous étions rendus à 19. À part deux légères modifications, le retrait d'un article et la séparation d'un reportage double en deux articles, 19 allait être la taille finale de notre échantillon.

Avec tous nos tableaux en main, nous avons pu réfléchir sur la pertinence de notre premier codage au regard de notre sujet de recherche, de notre cadre théorique et de notre question de recherche. Il était clair que nous nous en étions écartés et que pour le second codage il était primordial de s'en rapprocher le plus possible.

Cette réflexion nous a amené à préciser certaines catégories, à en fusionner ainsi qu'à en laisser tomber. Le premier codage portait déjà en lui les axes principaux du codage futur sans toutefois en avoir la forme. En lien avec l'approfondissement de notre cadre théorique et en accord avec notre question de recherche, nous avons pris la décision de resserrer notre analyse dans une perspective plus sociale, plus proche des acteurs et de leurs relations entre eux et avec la technologie.

Le second codage de nos textes a été réalisé avec le logiciel d'analyse qualitative NVIVO. Pour ce faire, nous avons dû transférer nos textes du format PDF au format RTF. Les textes ont été nommés par leur date publication et par le titre du périodique.

Dans le même esprit que le précédent codage, une fois celui-là terminé, nous nous sommes lancés dans la création de familles thématiques afin de prolonger notre réflexion. À la suite de notre réorientation vers une perspective plus sociale, trois catégories générales sont ressorties. Ces trois pôles (le corps médical, le corps familial et le corps normatif), à nos yeux, synthétisaient, tout en rendant très dynamiques, les interactions et les relations entre les différents acteurs.

[Voir l'Annexe 8 pour le tableau des thèmes utilisés lors du second codage]

Cinquième catégorisation : le tableau descriptif

Après avoir codé une seconde fois tous les documents, nous avons fait un tableau descriptif. Ceci correspond à un autre niveau d'interprétation des données. La fonction de cette étape était double : organiser l'ensemble des citations, c'est-à-dire des extraits codés, pour leur donner une plus grande cohérence dans un tableau d'ensemble et, parallèlement, continuer la réflexion et la construction simultanée d'un chemin causal à travers les données.

Les citations ont été classées en fonction des trois grands cadres qui synthétisaient les principaux pôles sociaux. Les catégories de codage de l'étape précédente n'ont pas été respectées de façon absolue. En voulant créer cette dynamique entre les pôles, les thèmes de la catégorisation ont souvent servi de repères afin de mieux classer les extraits sous un angle expérientiel. Malgré le fait que ceux-ci aient été subsumés à l'intérieur de catégories précises, il nous apparaissait tout de même que ces citations et leur codage participaient à un mouvement qui les entraînait nécessairement en dehors de leur cadre respectif.

Tout en réalisant cette démarche d'organisation supérieure, de nouvelles catégories nous sont apparues à un niveau inférieur au codage de l'étape précédente. Où le codage mettait en valeur les différents agents, leur organisation à l'intérieur de

cadres, les pôles sociaux, cette nouvelle catégorisation nous a permis de préciser différentes positions prises par les agents ou des situations propres à ceux-ci.

Cette première fonction de ramification des catégories a été réalisée par le transfert des données du logiciel NVIVO à un tableau dans le traitement de texte Word. Tout en travaillant de la sorte, nous avons pu continuer notre réflexion générale sur les données. De ces catégories qui se précisaient, nous avons pu extraire le récit d'organisation de nos données. Lentement, à force de travailler avec les textes, un tableau d'ensemble s'est mis à émerger de la somme confuse des extraits.

[Voir l'annexe 9]

L'analyse

C'est à partir de ce tableau descriptif qu'a débuté l'analyse finale de nos données. Les trois grands pôles de notre analyse, le corps familial, médical et normatif, ont été conservés, mais nous avons toutefois fusionné plusieurs de leurs sous-catégories pour rendre la lecture moins laborieuse.

Dans la prochaine section, nous présenterons les résultats de cette analyse. Nous verrons la façon dont se déploient les différentes pratiques de responsabilité à l'intérieur des relations entre tous ces acteurs tirés des récits procréatiques. De ce tableau éthique, nous analyserons aussi des dynamiques qui façonnent l'expérience de la procréatique, comme celles de *constellation familiale* et de *trame procréatique*.

Les pratiques de responsabilité de la procréatique

Nous avons vu dans la section précédente la façon dont s'est construit notre échantillon et comment nous en avons extrait des unités de sens. Notre premier constat est que, en dépit de l'apparente autonomie de ces catégories, il nous semble impossible de les départager dans les faits. L'expérience du père trouve toujours son écho dans celle de la mère; l'enfant est le fruit du désir de ses parents; les médecins sont les artisans de la technique et, à leur façon, deviennent le troisième membre du couple. De cette façon, il y a une multitude de relations qui se tissent entre les différents acteurs de la procréatique et les engagent l'un vis-à-vis l'autre. L'objet de notre étude est la somme de ces interactions. Pour répondre à notre question de recherche sur les pratiques de responsabilité induites par la procréatique, nous devons éclaircir et découvrir la nature de ces relations éthiques.

À la suite des précédents codages, nous en sommes venus à distinguer trois pôles vers lesquels se focalisent les pratiques découvertes dans les récits procréatiques : le corps familial, le corps médical et le corps normatif. Dans cette section, nous analyserons chacun ces trois pôles.

Première partie – le corps familial

L'analyse de nos données débute par l'étude de la famille en devenir et des tiers qui s'ajoutent à celle-ci pour permettre la procréation. Cette constellation d'individus comprend aussi des éléments qui ne participent pas à proprement dit à la conception d'un enfant, mais qui en raison de leur proximité avec ceux-ci acquièrent un rôle dans l'acte de procréation. Par exemple, dans notre échantillon, nous avons découvert l'importance de cette catégorie paradoxale d'acteurs qu'est celle de l'embryon.

D'un point de vue anthropologique, la reproduction, la sexualité et la filiation jouent un rôle fondamental dans l'existence des sociétés. L'originalité de la procréatique est qu'elle entraîne, par l'entremise de procédés techniques, l'arrivée de nouveaux acteurs au sein de l'acte reproductif. Les catégories traditionnelles d'« apparenté » et de « famille atomique » ne peuvent plus rendre compte des transformations induites

par la procréatique. Pour rendre compte de l'originalité des pratiques de responsabilité développées par la procréatique, nous avons conservé l'idée de « famille atomique » tout en lui ajoutant celle d'« extensions familiales » pour pouvoir saisir cette ouverture du couple extérieure au rapport classique de filiation.

Dans la prochaine section du corps familial, nous abordons la question de l'infertilité en tant que celle-ci participe à une série de relations particulières des membres du couple avec leur propre corps. Ensuite, notre analyse se concentre sur les acteurs fondamentaux que sont la mère, le père et l'enfant. Dans nos recherches, nous avons aussi pris en compte l'idée que le *couple* et la *famille* ne représentaient pas nécessairement la somme de leurs membres. Nous avons donc ajouté ces deux autres catégories. La section se termine par la catégorie « grossesse multiple » dans la perspective où avoir plusieurs enfants module les rapports sociaux parentaux.

La dernière section du corps familial regroupe des phénomènes à la périphérie de la famille atomique que nous avons baptisée « extensions familiales ». Il ne s'agit pas d'une distinction hermétique. Au contraire, il y a de très fortes interrelations entre les groupes. L'idée d'extension veut renforcer ce rapport d'ajout à la conceptualisation habituelle de la famille. Cette partie traitera de la classe des parents donneurs, de l'embryon, des proches et des groupes de soutien.

A. Famille atomique

La cause première du passage d'un couple à la procréatique est l'infertilité d'un de ses membres ou des deux. Dans l'univers de la procréatique, une famille ne peut plus prétendre à son autonomie. Malgré tout, elle demeure le point central de la procréatique. Elle est celle qui décide de passer à de nouveaux modes de reproduction et ainsi celle vers qui convergent ces traitements.

1. L'infertilité

Le récit de la procréatique trace en filigrane celui de l'infertilité et du passage d'un couple à travers cette forme incomplète. L'infertilité se décline en plusieurs états qui ne sont pas nécessairement équivalents (infécondité, stérilité, de l'homme, de la

femme, impuissance, etc.). L'infertilité est, à la fois, un rapport de soi à soi, une expérience partagée par le couple et un construit médical. L'infertilité joue le rôle d'un pont : elle guide vers la médecine et la technique.

L'infertilité ne peut pas toujours être expliquée. Cette situation diminue les chances pour le couple d'avoir un enfant et, par le fait même, accroît sa frustration. Le couple devient donc confronté à un état de fait où « *there is no one to blame and nothing to fix.* » (86-11-10)

Ce qui pour le couple s'incarne à travers la frustration devient face aux autres, aux proches, de l'incompréhension. Pour ces gens, la capacité reproductive de chaque personne est tenue pour acquise. Pour plusieurs d'entre eux, l'infertilité est vue comme un problème sexuel qui peut être surmonté si l'on agit de la bonne façon. « *Don' t you know how ? I'll show you.* » (86-11-10) Ou bien encore qu'il s'agit d'un problème de tempérament plutôt que physique. « *They're trying too hard. Relax.* » (86-11-10)

Que l'on considère l'origine de l'infertilité comme étant sexuelle, mentale, physique ou médicale, il y a ce besoin d'expliquer ce manque. C'est la même dynamique que l'on retrouve chez le médecin. Mais, cette fois-ci, la démarche d'élucidation est celle des examens et des tests : analyse du sperme, hystérosalpingographie, échographie, analyse du taux d'hormone, etc. Le couple peut mettre beaucoup d'espoir dans l'explication de l'origine du problème : « (...) *if there was a cause, we wanted to find out what it was.* » (86-11-10)

Pour d'autres, l'origine de l'infertilité a été localisée comme dans le cas de Norma (87.06 A) née sans utérus. La complexité de l'infertilité vient du fait que tout le processus reproductif peut être segmenté. Le problème peut être lié à la stérilité ou à une anomalie physique, aux gamètes ou à l'appareil reproducteur. En d'autres termes, l'infertilité n'a pas une seule cause. De plus, certains sont infertiles à la naissance, d'autres le deviennent comme dans les cas des femmes qui doivent subir une hystérectomie. Dans ce cas-ci, malgré le retrait de l'utérus ou d'une de ses parties, les

ovaires de ces femmes fonctionnent encore et elles peuvent toujours espérer participer à la naissance de leur enfant.

Chez l'homme, c'est la même dynamique. Les causes de l'infertilité peuvent être dues à une anomalie physique comme dans le cas de Steve atteint de paraplégie (02-03-04). L'origine de l'infertilité peut aussi être liée à la qualité du sperme. Encore une fois, l'infertilité peut se développer au cours des années comme dans le cas de ce neurologue de 46 ans qui, après avoir conçu deux enfants lors d'un premier mariage, se découvre infertile, ses cellules endommagées à cause du stress et de l'âge (04-10-11).

Il y a donc un ensemble de phénomènes qui peuvent causer l'infertilité. Ces phénomènes ne sont pas nécessairement des dysfonctions localisables. Dans une perspective plus large, on peut aussi concevoir la ménopause comme une forme d'infertilité pour la femme (90-11-12). En poussant, la logique de l'infertilité à ses ultimes conséquences, le célibat peut aussi être vu comme une source d'infertilité, non pas biologique, mais sociale (01-08-13).

L'infertilité a des conséquences sur le couple et, pour cette raison, ne doit pas nécessairement être perçue comme un phénomène individuel et médical. Au contraire, dans un couple, il y a partage de l'infertilité. « *After struggling for years with infertility, Karen and Paul Bentham finally had the son and daughter they always craved.* » (02-03-04) L'infertilité peut même être récupérée par le couple et devenir le fondement de celui-ci. « *Our infertility had been the basis of our relationship.* » (86-11-10)

Ce qui ressort de ces citations est que l'infertilité développe au sein d'un couple ou d'un individu une prise en compte de son corps et de ses limitations. L'objet du problème est physique, dans la mesure où il fait obstacle à la volonté. Il se crée alors un engagement à la fois personnel et médical à expliquer cet état pour mieux le comprendre afin de le surmonter. Ce retour vers soi devient ainsi, par la suite, une ouverture vers l'autre, le médecin, qui permettra le dépassement de cet empêchement

à concevoir un enfant. Les proches entrent aussi à l'intérieur de cet espace où la procréation acquiert une identité publique.

2. La mère

L'infertilité se retrouve de façon équitable au sein du couple. Un tiers des cas est d'origine purement féminine, un tiers purement masculine et un tiers mixte (Humeau & Arnal, 2003). Malgré cette répartition, la femme demeure le point focal de la procréatique : elle est l'agente principale et elle est celle qui reçoit la plupart des soins, des traitements et des opérations.

Ce type de reproduction porte en lui son lot de désagréments qui, la plupart du temps, se concentre essentiellement sur la mère. Pour l'homme, l'essentiel des procédures procréatiques consiste à éjaculer dans des flacons. Pour la femme, pour avoir accès aux cellules ovariennes, elle doit prendre des médicaments pour hyperovuler; elle doit être monitorée constamment pour connaître le moment parfait, car la procédure doit être réalisée juste avant l'ovulation; elle doit être sous anesthésie, car il s'agit d'une opération douloureuse.

À la base, la procréatique permet à des femmes qui n'auraient pu avoir un enfant autrement que par l'adoption de vivre une maternité. La procréatique offre donc à une nouvelle classe de femme la chance de participer à un processus de reproduction. *« Norma was born without a uterus, a condition that occurs in about one of every 1,000 women. Although she and Bob adopted two children they love very much, they have continued to cling to the hope of having a biological child. »(87-06 A)*

Sous cet angle, la procréatique est une forme de compensation des limites physiques liée à la multitude de variables ébauchées précédemment. Cette compensation a toutefois ses limites et ses risques. Pour la femme, enfanter n'est pas qu'un geste merveilleux. Dans le cas des grossesses multiples, il peut aussi devenir une situation problématique en complexifiant l'accouchement. Les conséquences pour la mère dépassent le seul moment de l'accouchement en ayant des répercussions sur l'ensemble de la vie domestique.

En plus des risques propres associés à ces techniques, dans plusieurs témoignages, le dépassement de l'infertilité s'est fait au prix de la sexualité. En ouvrant la possibilité de déplacer la reproduction en dehors du corps, celle-ci a entraîné une dynamique de déssexualisation des corps. Le corps de la femme devient le lieu principal d'intervention. Ce qui autrement serait une relation sexuelle entre les partenaires devient le retrait des gamètes, leur nettoyage, leur insémination, etc.

La reproduction sexuée devient une reproduction désincarnée réalisée en laboratoire.

For the second time in our lives, I impregnated my wife, although this time fertilization occurred in a petri dish, at the hands of Jack the white-coated embryologist, who, like a reincarnation of a nineteenth-century Faberge artisan, further manipulated the cluster of cells in a new technique called "assisted hatching" and painstakingly abraded the shell of each embryo with an acid solution in order that it better adhere to the uterine lining. (96-10)

Il n'y a pas que la reproduction qui se retrouve désincarnée, la mère subit le même genre de séparation avec son corps. « *We were permitted two more attempts by the wizards of reproduction, both aborted early in the same when it was clear that my wife's body would not respond to the drugs.* » (96-10)

Le morcellement est aussi possible au-delà du corps de la mère. En fait, c'est l'ensemble de la maternité qui peut être séparé. « *I thought, Why couldn't we get Sandra's eggs, fertilize them with my sperm and have another woman do the carrying?* » (87-06 B)

Cette séparation permet l'émergence de nouveaux rôles comme celui de la mère porteuse ou, encore, à une mère de porter un enfant qui ne lui est pas génétiquement lié. « *Emotionally, for Barbara Strong, it was a godsend. "Being pregnant was just the most wonderful feeling," she says. "I didn't want to give up that joy." The fact that she would be carrying a baby not genetically her own "wasn't of too much concern to me".* » (90-11-12)

Pourtant, dans l'empire de la procréatique, rien ne garantit la maternité. À force de morceler la maternité, il est arrivé à des femmes de perdre leur statut de mère.

« *Monarch not only said John wasn't the legal father but ruled that Luanne wasn't "entitled" to be declared the legal mother either.* » (98-02-02)

Inversement, où certaines femmes échouent à avoir un enfant pour des raisons qui transcendent le biologique, d'autres créent des situations qui nous forcent à repousser la définition de mère. Dans cette catégorie, on retrouve les femmes qui ont des enfants après leur ménopause. Certaines femmes ont des ménopauses précoces provoquées par des traitements hormonaux, souvent pour lutter contre le cancer. D'autres femmes, comme Jonie Mosby Mitchell (92-05-18), poussées par leur ardent amour des enfants, grâce à la procréatique, battent les records des plus vieilles femmes ayant mis au monde.

Aux mères ménopausées s'ajoutent les femmes célibataires qui, à part le recours au sperme d'un homme, n'ont aucun contact reproductif avec un homme. « *After decades as the desperate choice of heterosexual couples faced with untreatable male infertility, donor insemination today is a popular option among the increasing number of women without male partners who want to have babies before their childbearing years end.* » (01-08-13)

Ce possible procréatique met de l'avant l'importance de la mère dans le processus reproductif comme dans l'histoire de Gaby Vernoff où le père est en fait un mort. Le père peut disparaître, mais tant que le sperme du père est encore viable, le mort peut encore avoir un enfant. (00-03-10) En même temps, dans la logique combinatoire de la procréatique, on peut entrevoir l'idée de la relative inimportance de la mère. « *"I sat on the nest," says Arlette, "but they were Christa's eggs." With Christa standing next to her mother, Chelsea Arlette and Chad Daniel were delivered by cesarean section on Oct. 12, 1991, at 1:21 and 1:22 A.M.* » (92-10-26) Dans cette citation, il y a symétrie des mères : la mère (Arlette) de la mère (Christa) devient la mère (de Chelsea et de Chad) ; avec tout ce qu'une telle situation entraîne comme métamorphose des liens de parenté.

Le cas plus simple de mère porteuse ou de mère de substitution met aussi en place un jeu de symétrie des mères. « *Norma hopes that Alexis will carry the child she and her*

husband, Bob, 45, have wanted ever since their marriage 23 years ago. » (87-06 A)
 Ou encore dans cet exemple où une des mères protège l'autre : « *At one point, when a bug flew in Alexis's face, Norma shooed it away. "I've got to keep her clean," she said. "She's going to carry my baby." » (87-06 A)* Ce sentiment de participer à des moments séparés et différents de la reproduction peut causer une forme de tension, voire de jalousie, entre les mères.

Ces derniers exemples montrent des situations où il y a déboulement des acteurs. Les rôles procréatiques se modifient, se segmentent. La mère n'est plus une, mais deux, voire trois dans les cas où il y a don et substitution. Ces rapports entre ces femmes demeurent toutefois asymétriques. Ils varient en fonction de la nature de l'échange et convergent vers la mère qui accueillera l'enfant. Il peut cependant y avoir des interférences comme dans les cas où plusieurs femmes contestent la garde de l'enfant ou encore lors du refus légal d'attribuer un enfant. Au niveau individuel, la procréatique concentre sur la mère une multitude d'opérations avec leurs risques et désagrément. En définitive, ce n'est pas seulement des pratiques envers les autres, mais aussi envers soi-même.

3. Le père

Le père, en tant que partie du couple, fait partie de la décision d'avoir un enfant et, sous cet angle, doit partager le désir d'avoir un enfant. Même s'il est exclu au niveau de la conception, comme nous l'avons vu précédemment avec le cas du retrait de gamètes post-mortem, il demeure engagé de différentes façons dans le processus.

Une de ces façons, certes superficielles, est l'engagement contractuel. En signant un contrat de substitution, John Buzzanca est devenu responsable de l'enfant conçu à la suite d'un don de sperme et d'ovule « *every bit as much as if he had caused her birth the old-fashioned way. » (98-02-02)*

Le rôle du père ne l'engage pas uniquement au niveau contractuel, mais aussi en tant que support pour la mère. « *Tom is as involved in this as I am. He's been my support*

all along. » (86-11-10) Il est partie prenante, mais aussi celui qui accompagne celle pour qui son corps ne suit pas.

There were cognitive and psychological issues I came to realize were not mine and never would be, given my gender and its biological limitations. In the ongoing rehearsals for parenthood I was conception's silent partner, a passive investor, spermatologically speaking, whereas my wife was the line producer, subject to the paralyzing responsibilities of opening night. (96-10)

À l'accompagnement peut se combiner une participation au processus procréatique en tant qu'assistant à la préparation du corps de la mère. Dans son récit, Bob Shacochis (96-10) raconte le moment où il insère, horrifié, une longue seringue dans la fesse de sa femme grimaçante. L'homme devient ainsi une sorte d'extension du corps médical. « *Tom had to give me an injection of progesterone every day to maintain the growth of the endometrium, but otherwise you're just waiting.* » (86-11-10)

La procréatique n'offre pas que des rapports vécus et sentis entre le père et la mère, elle entraîne, en même temps, par sa même logique, une désincarnation des rôles parentaux et leur réification à l'intérieur des catégories statiques de cellules reproductives. « *After they retrieve the eggs they fertilize them in the lab with Tom's sperm. You go home and they call you the next day to tell you if they've got some embryos. We had four, a whole family.* » (86-11-10) Pour l'homme, il y a une focalisation médicale sur son sperme et l'état de ses spermatozoïdes.

Cette désincarnation du statut paternel se retrouve aussi dans les états découlant de cette atomisation de la sexualité aux gamètes. Le cas du donneur de sperme témoigne, en ce sens, d'une rupture identitaire potentielle entre l'homme et sa paternité. Une des pratiques courantes des banques de sperme est l'anonymisation des candidats. Même s'il y a un déplacement des politiques de ces banques vers la recherche du meilleur intérêt pour l'enfant (01-08-13), ils sont encore nombreux à ne pas connaître l'identité de leur père génétique.

Dans le cas du prélèvement de sperme post-mortem se produit une situation similaire où l'on peut sentir, à la fois, toute la légèreté de l'apport biologique du père et toute la lourdeur symbolique. Dans le récit de Gaby et de Bruce Vernoff (99-04-19), on

apprend, de l'avis de son épouse et de sa famille, que Bruce avait toujours rêvé d'avoir un enfant. Pourtant, ce n'est qu'après sa mort que son rêve se réalisa. Dans les 48 heures suivant sa surdose de médicaments, on préleva un échantillon de sperme qui devint le prolongement de la vie du père. Le passage d'une vie à l'autre se fit en laboratoire.

À travers les récits, les pratiques convergent vers deux zones. Il y a celle de l'engagement du père envers la mère et l'enfant en devenir qui s'incarne au niveau de la conception, de l'accompagnement et de la loi. L'autre zone est celle de la focalisation sur les gamètes du père. C'est une sorte de désincarnation cellulaire lors de ruptures comme dans le cas du don et du retrait post-mortem.

4. Le couple

Parallèlement, à la mère et au père se trouve le couple en tant qu'entité sociale avec des pratiques de responsabilité qui lui sont propres, c'est-à-dire qu'elles diffèrent de celles que l'on rencontre individuellement pour chacun des membres du couple.

Dans les récits procréatiques du couple, le partage est une valeur forte vers laquelle se focalise la plupart des pratiques. Le couple transcende le désir individuel d'avoir un enfant, il lui donne corps, il lui donne un espace de concrétisation. Au départ, il y a le rêve commun, partagé, d'avoir un enfant et la mise en commun de moyens pour y parvenir (temps, efforts, argent). L'assistance médicale à la procréation, dans les pays où de telles pratiques ne sont pas remboursées par le système public d'assurance, représente un investissement incertain et important pour des couples de la classe moyenne. On estime à environ 10,000 \$ les frais liés à une FIV dont le taux de réussite avoisine une opération sur quatre. Dans le récit de Norma et Bob (87-06 A), ceux-ci ont dû prendre une seconde hypothèque sur leur maison, ce qui, à leurs yeux, représentait un petit prix à payer en cas de réussite.

Tous les moyens sont bons pour atteindre ce rêve. Les couples sont prêts à s'engager dans n'importe quoi tant qu'il y a une chance de réussite. « *We didn't want to look back someday and say, "What if we had tried this?" That's why we're willing to do*

whatever we can afford physically, emotionally and financially. » (86-11-10) Ce désir d'enfant devient un guide puissant des actions du couple. Ceci peut devenir un engagement quasi irrationnel. « *I once read a quote from some doctor about how infertility patients are second only to terminal cancer patients in that they are willing to do anything anybody suggests. It's true. We had mistletoe over our bed for a year because I'd read that it was a fertility symbol. I ripped it down one day when I got my period.* » (86-11-10)

Une autre forme de partage est celle de l'infertilité. Certes, l'infertilité est un phénomène individuel, biologiquement identifiable (même si ce n'est pas toujours le cas). L'infertilité demeure, malgré tout, profondément inscrite à l'intérieur de la vie du couple. Dans les récits, c'est le couple qui est présenté comme infertile. « *After struggling for years with infertility, Karen and Paul Bentham finally had the son and daughter they always craved.* » (02-03-04) Un individu infertile crée donc un couple infertile.

On retrouve aussi ce genre de partage expérientiel dans le cas de la procréatique. Encore une fois dans les récits, malgré l'asymétrie de l'action procréatique, la femme étant le point focal des procédures, la procréatique est vécue conjointement par le couple. C'est le couple qui chemine à travers la série d'opérations médicales. « *Mrs. Johnson and her husband, Steve, 41, an investment administrator, had tried an embryo adoption with another couple last spring but none of the six embryos survived the thaw.* » (02-03-04) Dans la langue courante, c'est le couple qui utilise le sperme, c'est-à-dire que ce n'est pas que la mère qui, pragmatiquement parlant, est celle qui est inséminée. . « *The Vernoffs were the first to use the sperm for in vitro fertilization, which failed on the first attempt but resulted in a successful pregnancy the second time.* » (00-03-10) Conjointement au partage expérientiel, une fois séparés des corps hôtes, il y a aussi l'appropriation commune des objets de l'expérience procréatique (les cellules, embryon, gamètes).

À un niveau social plus large, le couple est un acteur dans sa relation avec d'autres couples ou avec les autres personnes qui ont participé au processus procréatique. Le couple peut aussi acquérir une identité légale et c'est souvent cette identité qui

marque le début du processus. Quelques fois, ce même contrat peut entraîner des conséquences qui dépassent celles initialement prévues, car le couple n'est pas une identité figée et peut éclater en tout temps.

Une autre forme de partage est celle de l'échec. « *Tom : I tried not to think too much about it. I immersed myself in work. But when we got the call that the pregnancy test had come back negative, we were devastated. A lot of the optimism I had disappeared. I suddenly realized there was a possibility we might never have a biological child.* » (86-11-10) Les échecs répétés transforment la dynamique du couple comme, par exemple, au niveau de la vie sexuelle. « *I'm the one who begins to feel the cramps each month and, to be honest, it's hard for me not to associate making love with failure, because each time we've failed.* » (86-11-10) Ou encore : « *We avoided any sexual relations around ovulation because I didn't want to get disappointed again.* » (86-11-10) Il y a le développement d'un sentiment de responsabilité vis-à-vis de l'échec. « *The sense of loss was very real. I couldn't help thinking that it was my fault.* » (86-11-10) Cet échec à passer du couple à la famille, de la famille idéalisée à celle actualisée peut aussi faire du couple le lieu de convergences du désespoir et des tensions.

Les cas limites posent la problématique de la dissolution du couple. Par exemple, le cas de ces nouveaux parents de quintuplés qui disparaissent socialement en raison de l'immensité de leurs tâches quotidiennes pour s'occuper de leurs enfants nés avec différentes complications. (88-05-30) Ou le cas de l'insémination post-mortem où le couple se dissout dans la mort d'un de ses membres sans pour autant que la procréation ne soit compromise. (04-10-11)

La dissolution du couple peut être lue comme l'ultime conséquence du partage où le don des parts respectives compromet la nature même de l'échange. L'échec de la procréatique et son partage au sein du couple peuvent aussi mener à cet état où l'échec du projet remet en question l'engagement entre deux individus.

Les pratiques de partage que l'on rencontre au sein du couple ne sont donc pas nécessairement positives. Ainsi, l'on retrouve, à la fois, le partage expérientiel de la création d'un projet conjoint et la dissolution de ce même projet.

5. L'enfant

Le dernier membre, à proprement dit, de la famille atomique est l'enfant. Dans les récits, il possède plusieurs identités. Il y a l'enfant-projeté, l'enfant en devenir et l'enfant issu de la FIV. L'enfant n'ayant pas de voix, dans les témoignages des parents, il n'est pas question des conséquences de la procréatique pour l'enfant. Personne (sauf quelques éthiciens, comme nous le verrons dans le dernier pôle de cette analyse) ne prend la position de l'enfant quant aux risques, aux questionnements sur ses origines et à la symbolique de sa création. Ce qui prime c'est le désir, le vouloir-avoir un enfant.

Au début, il y a l'amour profond pour les enfants. Cet amour que l'on retrouve dans les témoignages renvoie à une conception indifférenciée de l'enfant. « *As Norma says, "Little babies just melt my heart."* » (87-06 A) En d'autres termes, ce n'est pas à un enfant spécifique auquel fait référence cette citation, mais, plutôt, à la classe indéterminée des « bébés ».

L'enfant est considéré comme un projet, un désir, un fantasme, et c'est ce projet qui est considéré comme la mesure de l'acceptation de l'enfant de ses origines. « *"If you give a child a loving environment, he will understand we sought him, that we wanted to love a child so much we were willing to go through whatever was necessary," says Mark.* » (90-11-05) La compréhension de la particularité de ses origines est tenue pour acquise. Comme le soutiennent les Lyons et les Lindeman, lorsque l'enfant sera assez vieux, il comprendra les circonstances spéciales qui ont mené à sa naissance. (04-10-20)

Dans un des rares récits avec un enfant issu de la FIV, dans ce cas-ci le premier bébé-éprouvette américain, Elizabeth soutient aussi que l'important est l'amour de ses parents. Elle accepte ses origines tout en étant consciente de leur particularité. « *She*

may have thought about her birth more often than most, but to her that's no problem. "It forces you to be a little more well-adjusted because we have to become comfortable with who we are and why we are that way," says Elizabeth. » (98-10-12)

Mais, des fois, dans les situations de don d'embryon, d'ovule ou de sperme, il peut être plus difficile pour l'enfant de rassembler toutes les pièces de sa conception. Il y a un questionnement inévitable de la part des enfants sur ses origines et celui-ci entraîne nécessairement une réponse de la part de ses parents. « *"I tell people to wait until their kids ask 'Where do I come from?'" says Hollander. » (01-08-13)* Ceci sous-entend que l'enfant doit avoir une certaine maturité pour bien comprendre ce qui le rend différent.

Inversement, un enfant peut avoir trop de parents et la possession de l'enfant peut devenir l'objet de conflit entre les couples. La procréatique réifie l'enfant sur ce point, il devient objet d'échange comme dans le cas de Christopher Michael pour qui trois parents se sont battus pour avoir sa garde. (90-11-05)

Il existe des artifices pour atténuer la rupture génétique entre l'enfant et ses parents. L'identité génétique est fortement déterminée à la conception, par contre, l'identité sociale peut se superposer sur celle-ci pour réinventer une familiarité. « *With a view toward compatible hair and eye color, he then introduced her and Wilson to Sue Scott, a travel agency manager to whom he paid a \$1,500 fee for her services as an egg donor. "It's a matchmaker thing," says Sauer, who has two children of his own and a third on the way. » (90-11-12)*

Le lien entre les parents et l'enfant se module aussi en raison du facteur élevé de risque de grossesse multiple associé à la procréatique. Comme il s'agit d'un risque, une de ses caractéristiques principales est l'incertitude qui se combine à l'incertitude première du projet. Une fois que la procédure est entamée et que celle-ci fonctionne, les parents peuvent faire l'étonnante découverte qu'il n'y a pas qu'un seul enfant en gestation. À ceci s'ajoute le caractère inusité de grossesses exceptionnelles avec des nouvelles du style : « *On Jan. 11, 1988, Michele L'Esperance made medical history by giving birth to the nation's first test-tube quintuplets. » (88-05-03)* et leur

surenchère : « *Mrs. McCaughey, formerly of Three Hills, Alta., made history after giving birth to seven babies. She told the media her septuplets were "a gift from God." However, sceptics noted that her good fortune came more from overly ambitious utilization of fertility drugs than divine intervention.* » (00-04-24) La nouvelle n'est pas toujours prise avec autant d'émerveillement et certains parents sont choqués de constater que la technique a trop bien fonctionné.

La procréatique permet d'autres opérations de transformation. Une de celles-ci est de permettre un transfert du conjoint mort à l'enfant conçu avec son sperme prélevé après son décès. « *"The love I had for Richard, I didn't know what to do with," she says. "Now I can give it to his baby."* » (04-10-11)

Une autre de ces transformations est en lien avec l'usage conjoint de la procréatique et de la génétique. Les deux techniques combinées peuvent permettre d'ajouter de nouvelles finalités à la conception d'un enfant : « (...) *the Powells learned that another baby might actually help their first child. Stem-cell transplants have cured some sickle-cell patients, and if the Powells' new baby was both healthy and a perfect match, his cells might one day be used to treat Neaz.* » (04-10-11)

L'enfant prend son nom après la naissance. La moitié des articles ne nomme pas l'enfant : c'est l'enfant-projet, l'enfant-embryon, l'enfant-don, l'enfant-échec. L'autre moitié le nomme : c'est l'enfant-multiple, l'enfant-dont-le-récit-s'arrête, l'enfant-dont-l'existence-est-un-problème. L'enfant est plutôt un point de convergence des pratiques de responsabilité que leur source. Pour les parents, le bien de l'enfant est garanti par la nature même du projet qu'est l'amour pour celui-ci.

6. La famille

L'avant-dernier point de la thématique de la famille atomique est l'idée même de famille qui vient rassembler tous les acteurs présentés jusqu'ici. Dans les récits procréatiques médiatisés, la thématique de la famille n'est jamais traitée comme l'objet central du discours, même si c'est la relation d'un enfant (ou plusieurs) avec ses parents qui soutient tous ces récits. On retrouve cependant quelques traces

explicites de références à l'idée de famille qui laissent poindre les tensions et les transformations induites par la procréatique.

Dans l'idée de famille, il y a une part d'inévitabilité. « *Debbie: Having a family was something I always assumed would happen. It's something you don't think about twice.* » (86-11-10) Dans cet extrait précédent, « avoir une famille » signifie « avoir un enfant ». Peu importe comment la famille se crée, l'important, c'est d'avoir une famille, comme dans cette citation où une mère devient mère porteuse pour sa fille : « *"Family is everything to us," says Dan. And though Arlette says she stands ready to deliver again as long as she's able, Christa and Kevin are more than happy with their new family. "I have my babies, my husband, my home," says Christa. "It's perfect, all I'll ever want or need."* » (92-10-26)

Mais quelle est la signification d' « avoir un enfant » ? Pour le couple de l'exemple suivant, la procréatique permet d'avoir un enfant biologique. « *Although she and Bob adopted two children they love very much, they have continued to cling to the hope of having a biological child.* » (87-06 A) L'idée d'attachement génétique n'est pas partagée par tous les parents comme dans le cas d'adoption d'embryon. Pour d'autres, la procréatique offre simplement la possibilité d'enrichir une famille déjà nombreuse tout en surmontant quelques limitations physiologiques liées à l'âge.

Parallèlement à tout ceci, une autre thématique très forte qui tourne autour de la famille est celle du rêve, du fantasme, du désir, du projet, de cette projection vers l'avenir qu'est la volonté d'avoir une famille.

La famille peut être un acteur social dans les mécanismes de normalisation de la procréatique. En d'autres termes, la famille n'est plus vue sous un ordre médical, elle s'insère plutôt dans un ordre communautaire. Dans les récits, il y a quelques témoignages qui font mention de la famille et des apparentés comme source de référence et d'approbation. On retrouve aussi la mention dans un autre article de la participation de la famille à un groupe de soutien pour les enfants nés de la FIV. (98-10-12)

La sphère sociofamiliale sert d'interface entre la création artificielle et la médiation sociale ; l'originalité de la naissance s'estompe dans la réception familiale de l'enfant. La procréatique pose toutefois la question de l'ajout de nouveaux membres à la famille comme dans le cas de parents donateurs. « *"Then, even if a donor didn't want to become an extended-family member, he might at least be willing to help a young person make sense of this whole thing," she says.* » (01-08-13) Ceci montre bien les transformations que la procréatique entraîne sur la conception de ce qu'est une famille : le sens n'est plus dévolu aux parents immédiats.

7. Les grossesses multiples

Actuellement dans la presse, les grossesses multiples demeurent un des enjeux les plus importants concernant la FIV. Il y a toujours quelque chose d'anormal dans une grossesse de cet ordre, il ne s'agit plus de l'enfant attendu, mais d'une charge exceptionnelle de travail pour les parents.

With one baby, this is a chore; with five, a feat. "Ooooookay," exhales Michele, urging herself onward, "let's get going." She prepares a prescription syrup of theophylline, a cardiac stimulant, for Alexandria and Veronica, who still must be monitored by equipment that sounds an alarm if their breathing or heart rates become abnormal. Then Michele administers eye drops to Raymond and Alexandria, who have eye infections, soothing them when they cry out their displeasure. Unscrewing the metal caps from five four ounce bottles of formula, she puts them into the microwave. (...) The respiratory therapist has come to check on the oxygen for Veronica's occasional breathing difficulties and to replace some parts for Alex's and Veronica's monitoring equipment. » (88-05-30)

Tout ce récit se construit autour des efforts de la famille pour s'occuper des enfants. Le coût des grossesses multiples n'est pas que médical il est aussi social. Ceci a entraîné les cliniques à offrir une réduction des grossesses pour limiter les inconvénients pour la mère (lors de l'accouchement), pour l'enfant (lors de la gestation) et pour la famille (lors de l'enfance). Le choix appartient aux parents et certains choisissent de conserver tous les embryons, par exemple, Mme Bisgaard pour des raisons religieuses. (00-04-24)

Il existe par contre des façons de limiter le dilemme éthique d'éliminer des embryons dont le développement avait tant été espéré. Mais encore, malgré les précautions, tout

peut arriver. « *Infertile women undergoing IVF treatment in Dr. Greene's clinic are now typically implanted with only two embryos, although a spontaneous split in one or both can result in triplets or quadruplets.* » (00-04-24)

L'apport des grossesses multiples aux pratiques de responsabilité de la procréatique est en soi paradoxal. Les grossesses multiples sont, à la fois, la preuve de la réussite de la procédure tout en marquant leur trop grande efficacité. Cette dimension négative des grossesses est la prise en compte des risques médicaux pour les enfants et la mère et de l'ampleur des nouvelles responsabilités familiales.

Ce caractère paradoxal illustre bien la situation dans laquelle se trouve la famille atomique. Il y a d'une part le désir d'avoir une famille et d'autre part le coût pour y parvenir. L'aspect éthique de cette situation est que ce désir et son prix ne réfèrent pas à des unités de valeur comparables. En d'autres termes, il y a une hétérogénéité des pratiques de responsabilité au sein même de la famille atomique.

B. Extensions familiales

La famille atomique est la base de la reproduction habituelle. Dans l'univers procréatique, cette autonomie est remise en question. En raison de l'infertilité d'un de ses membres (ou des deux), le couple a besoin de l'aide de nouveaux acteurs. Ces nouveaux agents au sein de la reproduction sont principalement les parents donneurs, c'est-à-dire ceux qui donnent une partie de leur corps, soit par le don de gamètes (sperme, ovule), d'embryon ou d'une partie d'eux-mêmes comme dans le cas des mères de substitution. Nous avons aussi ajouté à cette catégorie d'acteurs périphériques l'embryon. Ce choix défie la raison, mais sa justification nous vient des témoignages dans lesquels l'embryon acquiert une identité propre qui oscille entre l'étrangeté et le construit médical. Un autre groupe que nous avons ajouté aux extensions est celui des groupes de soutien. Ces groupes permettent aux couples ou aux familles de partager leur expérience de l'infertilité ou de la procréatique. D'une certaine façon, on peut dire que ces groupes participent à la normalisation de la procréatique et de l'infertilité. Le dernier groupe est celui des apparentés ou de la

famille élargie qui jouent aussi un rôle dans l'acceptation de l'infertilité et de la procréatique à un niveau social plus large.

1. Les parents donneurs

Une des preuves de transformation des pratiques de responsabilité repose sur l'émergence de nouvelles parentalités. Ces transformations des socialisations traditionnelles se manifestent de plusieurs façons. Une de celles-ci est l'arrivée de parents donneurs au sein de la famille. Cette catégorie rassemble les mères porteuses ou mères de substitution, les donneurs de sperme, les donneuses d'ovule (s) et le don d'embryon.

Dans notre échantillon, le groupe des mères porteuses est celui qui tisse des rapports plus durables et plus intimes avec le couple. Dans un des récits, après la naissance de sa fille, la mère sociale continue à échanger des photos et des nouvelles avec la mère de substitution. (90-11-12) Comme la mère porteuse dit au sujet de la mère sociale : « *We share a very intimate thing.* » (90-11-12)

D'une certaine façon, entre la mère porteuse et la mère sociale ou biologique, il y a le partage de l'enfant, mais il y a aussi, dans la perspective de la trame procréatique, un partage expérientielle. « *Although Norma had been apprehensive about this meeting, she and Alexis [mère porteuse] were soon trading stories about the seemingly endless tests they had undergone. At one point, when a bug flew in Alexis's face, Norma shooed it away. "I've got to keep her clean," she said.* » (87-06 A) Pourtant, pour la mère porteuse (Alexis), la réciprocité s'arrête à l'expérience : « *Alexis joked that she could hang a sign on her chest: "I'm not the mother."* » (87-06A)

De ce partage peut naître une relation plus profonde entre les parents donneurs et ceux sociaux. Dans le cas des Lyons et des Linderman, ceux-ci continuent à se visiter mutuellement à la manière de « *college buddies who haven't seen each other for ages.* » (04-10-20) Il peut cependant y avoir une certaine forme de dette envers le donneur ou la donneuse. « *"There aren't any words that you can truly say to someone who has given you two amazing children. Glenda and Scott gave us our future."* » (04-10-20)

À l'inverse, les donneurs de sperme et d'ovule, à travers les banques, demeurent une classe parentale plus discrète même si lentement le cadre réglementaire devient légèrement plus conscient de leurs droits. « [Arthur] Caplan sees donor insemination evolving the way adoption did, with the emphasis shifting from the rights of the biological parents to the rights of the children. "The movement will be more and more toward no anonymity," he says. » (01-08-13) Lentement, les pratiques s'adaptent et différentes alternatives à l'anonymat se développent. « *Some sperm banks now have donors, known in the field as "yes" donors, who agree in advance to let any offspring track them down when the children reach 18. In another alternative to total anonymity, some donors can postpone the decision about contact until their offspring are 18.* » (01-08-13)

Malgré tout, il demeure possible de concevoir un enfant seul avec un nouveau niveau d'indépendance : « (...) *donor insemination today is a popular option among the increasing number of women without male partners. Single women account for 40 percent of the business.* » (01-08-13)

L'anonymat lié aux dons marque une rupture, d'un point de vue familial, quant aux phénomènes de la conception et, son contrecoup pour l'enfant, ses origines. « *Sam might never learn the answers to his questions, because his biological father is an anonymous sperm donor.* » (01-08-13) Le dire et le ne-pas-dire ont chacun des conséquences sociales bien marquées. Il existe des situations où l'anonymat remet en question l'attachement d'un enfant à sa famille sociale. Le cas de Jaycee est à ce sujet révélateur. En 1994, à la suite de la rupture de ses parents sociaux, un juge a établi qu'elle était une enfant sans parent conçue à partir de gamètes de donneurs anonymes et portée par une mère de substitution sans attache génétique. (98-02-02)

Sans acquérir un statut équivalent à celui d'un des parents, le donneur ou la donneuse peut espérer acquérir un rôle significatif pour l'enfant. « *"Then, even if a donor didn't want to become an extended-family member, he might at least be willing to help a young person make sense of this whole thing," she says.* » (01-08-13)

Un des modes d'actualisation de ces rapports sociaux est celui de l'échange rémunéré.

After Jonie passed Sauer's battery of health tests – she agreed to pay the usual \$10,000 fee (which included a \$1,500 payment to the donor) – he gave her the go-ahead. A first attempt failed, but, says Jonie, "I wasn't disheartened." She forked over another \$10,000, hooked up with another donor and, in July, had five embryos (...). (92-05-18)

Pour la donneuse d'ovule, donner la vie n'est pas nécessairement la finalité recherchée. Il y a des raisons économiques qui conduisent à l'offre d'ovule. Depuis le passage de la *Loi sur la procréation assistée*, la vente de gamètes est interdite au Canada, contrairement aux États-Unis. Cette remise en question éthique de ce type d'échange intéressé a aussi des répercussions sur le bien-fondé de la substitution. Est-ce une solution à l'infertilité ou « *an exploitive, high-tech form of baby farming* » ? (90-11-05)

Jusqu'à présent, dans nos exemples, les pratiques de responsabilité sont liées à des relations extrafamiliales, c'est-à-dire extérieures à la relation habituelle couple-enfant. La procréatique permet aussi de transformer ces relations à l'intérieur même du couple comme en permettant le retrait et l'implantation post-mortem des cellules reproductives. Le cas de Gaby Vernoff, à ce titre, met un flou entre la définition de ce qu'est un père et un donneur. (00-03-10) Le cas de Christa montre aussi ce genre de confusion. Dans son récit, la procréatique permet à une personne de même famille, mais de génération différente de participer au processus reproductif. « *In 1989, Christa married Kevin Uchytel, a grocery store manager, and on Feb. 21, 1991, Arlette [la mère] was implanted with four of Christa's fertilized eggs [la fille]. "I sat on the nest," says Arlette, "but they were Christa's eggs."* »

Au niveau des pratiques de responsabilité, la rencontre, dans quelques témoignages, de la technique (et de ses formes vécues) avec le droit (ou la loi incarnée par les tribunaux) renforça l'idée que la procréatique entraîne l'émergence de nouveaux rapports entre les acteurs de la reproduction. Sans abonder plus amplement sur la question de la place du droit, à laquelle nous reviendrons dans la dernière section, cette situation où plusieurs acteurs entrent en conflit quant à la définition du rôle de

chacun dans la reproduction met en lumière le caractère inusité des parents donneurs. Leur statut et leurs responsabilités, à travers leurs droits, sont encore incertains tant socialement que légalement. La valeur de l'apport des parents donneurs est donc souvent floue et peut varier tout au long du processus.

2. Invention de l'embryon

Une des raisons de cette variation est la nature intrinsèquement évolutive du processus reproductif, car, avant tout, c'est de la vie et de sa création dont il est question. On remarque toutefois une sorte de figement dans certains états décisifs pour la procréatique : les cellules, l'embryon et l'enfant né. Avec la procréatique, l'embryon acquiert une nouvelle existence quelque part entre un construit familial et un construit médical. On retrouve cette ambiguïté dans cette citation :

Three perfect human embryos in colloidal suspension: one five-cell cluster and two four-cell motes that, within the next few minutes, would be implanted into my wife. I studied the images with a mixture of awe and alienation. These were fairies, I suppose, angels dancing on the head of the embryologist's pin. More idea than substance, spirits videotaped on the cusp of potentiality, not quite of this world, clinging to the slightest speck of flesh in transition from nonexistence to being. (96-10)

Il y a une part d'aliénation et une part de fascination face à cet être transitif. Nous pourrions aussi parler d'étrangeté face à la confrontation à cet atome premier dénué de tout mystère. « *"To see your child as a couple of cells – there are no words to describe that," says Katherine, 41.* » (98-10-12)

La procréatique met de l'avant toute la matérialité de l'embryon : la facilité de son transport, l'efficacité du transfert, de son déplacement, de sa marchandisation « *In October 2002, frozen embryos shipped via FedEx arrived at the Lindeman's Richmond clinic, and 35 weeks later, Bruce saw his new son for the first time.* » (04-10-20)

Contrecoup à cette utilité médicale de l'embryon, des banques d'embryons se sont créées. « *Her organization estimates there are 188,000 embryos currently in storage at U.S. fertility clinics. "We had a client who came to us and said they had 36 embryos in storage. I almost fell off my chair," she said.* » (02-03-04)

Avec ces banques, de nouveaux questionnements éthiques sont apparus. Quoi faire avec les embryons surnuméraires? Les garder, les détruire? Quelle doit être la responsabilité parentale vis-à-vis de ce qui n'est pas encore et s'avère déjà être de trop? Une des solutions à ce dilemme, à la manière des Lyons, (04-10-20) consiste à donner anonymement ou pas les embryons à d'autres couples ayant des problèmes de fertilité. Dans nos témoignages, les Johnson ont choisi le don non anonyme. La façon la plus commune demeure toutefois le don anonyme. (04-10-20)

Le don non anonyme pose, pour sa part, la question de l'identité légale de l'embryon et de sa propriété. « *For the next four months the women worked through the logistical problems and had a legal document drawn up granting the Lindemans full rights to any children born from the embryos.* » (04-10-20)

Ce que nous appelions précédemment une « oscillation entre l'étrangeté et le construit médical » est la prise en compte, d'une part, de ce rapport paradoxal des parents avec cette chose, à la fois, *produit de leurs entrailles*, construite à l'extérieur de leur corps et potentiellement échangeable à l'extérieur du couple. D'autre part, cette idée de construit médical invoque le rapprochement médical que permet la procréatique avec l'embryon autrement inaccessible pour les parents. De façon plus précise, la procréatique permet de désirer, d'échanger et de manipuler l'embryon.

3. Groupe de soutien

Dans l'extension familiale, le groupe de soutien joue un rôle particulier, où, souvent, la famille étendue se retrouve dépassée par les événements, le groupe de soutien devient une ressource spécialisée de normalisation et d'acceptation de la procréatique.

Une partie des groupes de soutien touche à la question de l'infertilité. Ces groupes offrent une sorte de répit social pour les parents en permettant la rencontre de gens comprenant l'état dans lequel ils sont. « *One of the few places where I feel comfortable is at our Resolve meetings. (...)The people we've met there are very compassionate.* » (86-11-10) Cependant, cette prise de contact a aussi comme contrecoup, la rencontre de gens qui réussissent à surmonter leur infertilité : « *It's*

difficult when Resolve friends become pregnant, though. » (86-11-10) Ces groupes servent aussi de courroie de transmission de l'information quant au développement de nouvelles techniques de reproduction assistée.

Une autre partie de ces groupes concerne les programmes de recherche de mère porteuse. Cette catégorie inclut aussi les groupes d'adoption d'embryon. « *The two couples connected through Snowflakes Embryo Adoption Program, based in Fullerton, Calif., which puts prospective parents through extensive background checks and a home study before allowing any adoption.* » (02-03-04) Sur la Toile, il existe aussi des ressources pour les couples. « *But the doctor turned Kreutz down flat when she asked for more information, and she hasn't had any luck yet with her research online, where she is part of a thriving donor-offspring community.* » (01-08-13) Internet offre la possibilité de combiner aux outils de recherche des ressources pour le support moral des parents.

L'idée de groupe de soutien permet de créer des communautés de différentes ampleurs autour des questions du support moral, informationnel et de la recherche de donneurs. À travers ces communautés, l'infertilité et la procréatique acquièrent une identité sociale. L'expérience devient partagée et médiatisée dans le cas des communautés sur Internet. Au niveau expérientiel, ces communautés opèrent un passage de l'expérience individuelle à une expérience plurielle.

4. Les amis et autres apparentés

Le dernier groupe des extensions familiales n'est pas beaucoup représenté dans la littérature. Les rares cas où il est question d'amis ou de parents, on les présente comme ceux ayant eu des enfants de manière traditionnelle.

This is the part my wife prefers that I not write about--not the quirky, clutching mysticism but the enormously complicated choice of egg donorship, which neither of us had ever suspected would elicit such callous response from our closest friends. Why would you want to do that?! they challenged my wife on the telephone. Almost invariably these were women with their own children, women whose souls had never been lacerated by the psychic catastrophe of infertility, women who would never know the toll of our quest to have what for them was so easily given, women who would never blink at the mention of a sperm bank. (96-10)

Dans cette position, il y a une forme de confrontation qui n'est pas nécessairement directe. Dans le simple fait de représenter un couple ayant eu des enfants, il peut y avoir une tension pour les parents ayant recours à la procréatique. « *Because it's hard for me to be around people who are talking about children and pregnancy, we don't go to many gatherings.* » (86-11-10)

Au niveau des extensions familiales, il s'agit de l'aspect le plus négatif de cette ouverture de la procréatique vers l'autre. Dans le cas de la création de conflits à la suite de dons, la procréatique en tant que projet n'est pas une remise en question, seulement le résultat de celle-ci. Dans les récits, l'extension familiale est principalement incarnée par le parent donneur. Le parent donneur n'est pas extérieur à la famille dans la mesure où il participe de manière essentielle au processus procréatique. En même temps, en raison des rôles attribués à chacun des acteurs procréatique, le parent donneur demeure à la frontière de la famille atomique. De cette situation peuvent émerger plusieurs types de confusions quant aux responsabilités de chacun. L'idée de l'autonomie de l'embryon participe au même mouvement et à la même ambiguïté qui peut en découler.

C. Constellation familiale

Pour cerner ces différents niveaux d'engagement de la famille atomique et de ses extensions, nous avons conceptualisé ce groupe en tant que constellation familiale. Il ne s'agit pas d'un tout homogène ni de sphères hétérogènes. Il y a une intrication et une participation de chacun de ses membres à la conception en fonction de différentes dynamiques. La famille atomique et la paire mère-enfant sont le point de convergences de la plupart des pratiques. L'idée de mère est par contre loin d'être figée et, dans les cas de parents donneurs, on peut voir l'extension des pratiques à une personne extérieure au couple. Dans ce cas-ci, nous avons parlé de dédoublement pour saisir cette idée où le processus reproductif est incarné par plusieurs femmes. La symétrie des statuts que l'on rencontre dans ces situations peut entraîner un flou au niveau des pratiques et une confusion au niveau des rôles sociaux.

À l'intérieur des couples, les dynamiques peuvent sembler plus stables même si parfois il peut y avoir une dissolution de celui-ci à travers le processus procréatique. Dans les témoignages des parents, nous avons assimilé les pratiques du couple à celle du partage de l'infertilité, du projet, des moyens et de l'échec. Le rôle du père et sa réification à l'intérieur de la catégorie statique de cellule reproductrice ont amené l'idée de séparation du corps vécu et du corps médical. On retrouve ce même genre de rupture dans l'émergence de la catégorie de l'embryon.

À la périphérie de la constellation familiale, on retrouve les groupes de soutien. Leur rôle devient l'acceptation des pratiques et leur normalisation à un niveau social beaucoup plus large que celui de la famille. Inversement, les amis et apparentés, que l'on situe aussi à la périphérie, peuvent avoir un statut négatif en incarnant et en institutionnalisant la reproduction traditionnelle.

Pour mieux comprendre ces résultats, il est nécessaire d'ajouter la perspective médicale et de son extension technique.

Deuxième partie – le corps médical

Nous avons vu dans la section précédente, la façon dont se tissaient les pratiques de responsabilité entre les acteurs familiaux de la procréatique. À eux seuls, ils ne peuvent toutefois pas permettre le survol des pratiques, car ils manquent encore plusieurs acteurs fondamentaux. Cette deuxième section de nos résultats nous permet d'ajouter toute la dimension médicale et technique de la procréatique.

Dans la présente section, nous allons voir cette caractéristique fondamentale de la procréatique à savoir que la procréatique est une technique vécue. C'est-à-dire qu'il s'agit d'une somme de pratiques où se combinent de façon très ténue l'expérience humaine et la technique.

Cette section se divise en deux : la constellation clinique et la constellation technologique. Cette division permet de distinguer les relations gravitant autour du personnel médical de celles autour de la technique et de ses différents usages. Chacun des corps et chacune des constellations que nous avons thématiques ne doivent pas

être considérés comme des ensembles hermétiques. Entre chacun d'eux, il y a une série de relations dynamiques.

Nos recherches nous ont amené à revoir la façon habituelle de conceptualiser les technologies de procréation assistée pour rendre compte de ce dynamisme. Le concept central de cette nouvelle conceptualisation est celui de « trame procréatique ». Ce concept rend compte, au niveau de l'expérience, de la transition d'une technologie à une autre et, par le fait même, du cheminement du couple à travers cette chaîne technologique.

Constellation clinique

Dans les récits procréatiques médiatisés, la clinique comme lieu ne prend pas beaucoup de place. Lorsqu'il est question de la clinique, il est essentiellement question du médecin, la clinique étant son royaume. À l'époque, ce résultat nous avait surpris. Lors de notre prise de contact avec l'univers de la procréatique, nous avons développé une vision plus multidisciplinaire de la clinique de la fertilité avec ses infirmières, psychologues et médecins. De ces trois groupes professionnels, dans les récits analysés, la classe des psychologues est absente et la classe des infirmières peu traitée.

Dans nos résultats, au niveau de la trame procréatique, on constate l'engagement intrinsèque de la constellation clinique au sein de celle-ci. Les médecins et infirmières jouent un rôle de frontière entre l'usage de la technique et un support plus humain envers les parents en s'engageant, à la fois, d'une part et d'autre.

La clinique

La constellation clinique n'est pas aussi vaste que celle technique. Trois thèmes sont ressortis de nos analyses. Le premier demeure le plus marginal des trois, il s'agit de la clinique en tant qu'espace. Les quelques articles qui font allusion à ce lieu le font toujours de la même façon. Contrairement, à ce qu'on aurait pu penser, la clinique n'est jamais représentée comme le lieu de l'opération médicale ou technologique. Ce

qui semble frapper les parents ce n'est pas le matériel médical. Étonnement, ce qui ressort de leurs témoignages c'est le contact avec la salle d'attente.

« *On the morning of our appointment in the summer of 1995, we drove to the Park Avenue Women's Center in Gainesville, Florida, where we sat in a waiting room filled with madonnas and infants, inhaling the postnatal smells – diapers and talcum and milky vomit – of our imagined destiny.* » (96-10) La clinique devient un lieu d'inspiration et de confiance pour les parents. « *Infertility takes away a lot of your control, but by being there I felt I was doing something about the problem.* » (86-11-10)

L'essentiel des témoignages concerne plutôt les acteurs de cette clinique soit les infirmières et les médecins.

Infirmières

Au début de nos recherches, un de nos postulats d'analyse était que la clinique abritait plusieurs présences et qu'autour des parents gravitaient plusieurs spécialistes et intervenants. Dans les récits, il n'a pas été possible de confirmer ce postulat. L'essentiel des citations liées à la clinique est lié à la relation avec le médecin. On retrouve toutefois quelques citations traitant des infirmières.

Dans les citations, il y a deux rôles des infirmières qui ressortent. Il y a tout d'abord, le rôle médical lié aux manipulations : « *I even went to have a blood test taken. The nurse called me the next day with the results, about an hour after I got my period.* » (86-11-10) L'infirmière est une extension médicale : elle fait les tests et elle aide à préparer le corps de la mère aux interventions médicales.

Cette aide ne se limite toutefois pas au seul rôle d'intervention médicale, elle assiste aussi le couple lors de son cheminement à travers la trame procréatique. Elle est, à la fois, « *guardian and guide into the enchanted forest of in vitro fertilization.* » (96-10) C'est elle qui introduit le couple à la littérature sur l'ensemble des techniques procréatiques. Son assistance n'est pas qu'à un niveau informatif, elle est aussi au niveau moral. « *Ginny had been a paragon of empathy, though, and I thanked her.*

"You have the perfect job," I said ignorantly, "bringing so much joy into people's lives." » (96-10)

Dans les témoignages, on pourrait résumer les pratiques de l'infirmière au nombre de trois : médicale, en tant que celle qui aide à préparer le corps de la mère à la procréatique, informative, en tant que guide à travers la densité d'informations sur le sujet, et moral, en tant que soutien pour le couple.

Médecins

Les médecins sont le groupe le plus représenté dans la littérature. Cette abondance de références nous permet de préciser plusieurs incarnations sociales du médecin. Il y a, tout d'abord, le médecin, seul, face au couple cherchant les causes et la nature de l'infécondité. Ensuite, il y a le médecin en tant que petits groupes de spécialistes ou de pionniers des nouvelles technologies. On retrouve aussi le médecin en tant que praticien, c'est-à-dire en tant que celui qui dispense des traitements et des soins. Dans ce rôle, il y a une tension avec la technique qui tend à occulter le spécialiste derrière son appareillage et ses procédures. Il y a finalement le médecin en tant que groupe professionnel avec ses principes, ses règles de fonctionnement et ses références communes.

Dans la trame procréatique, le premier contact avec le médecin est lié au diagnostic de l'infertilité. Ce n'est pas le premier contact avec le médecin car il s'agit souvent de médecins connus du couple pour des raisons extérieures à l'infertilité. D'un point de vue de la trame procréatique, le médecin apparaît au moment où le couple commence à douter de sa capacité à concevoir un enfant.

Pour confirmer les raisons de cette infécondité, plusieurs tests peuvent être passés avec plusieurs types de médecins (médecine générale, gynécologie, radiologie). Il y a une gradation médicale qui mène jusqu'au spécialiste de l'infertilité. Dans les récits, ce transfert du couple à des médecins toujours plus spécialisés se combine à une gradation des moyens. Dans leur récit, Debbie et Tom (86-11-10) subissent tour à

tour une analyse de sperme, un examen gynécologique, une vérification du niveau hormonale, une biopsie de l'endomètre et une hystérosalpingographie. Dans le récit de ce couple, plusieurs tentatives ont dû être nécessaires pour diagnostiquer la nature de l'infertilité. À chaque fois, la démarche est la même : observer, tester, mesurer.

Le rapport du médecin avec le couple n'est pas toujours médiatisé par des outils spécialisés. Par exemple, un des techniques de reproduction est le contrôle de la sexualité en fonction du cycle menstruel de la femme. « *Then the doctors said, "We want you to have intercourse tonight and tomorrow night," or whatever times it would be optimum.* » (86-11-10) Dans cette situation, le médecin acquiert un statut prescriptif. « *Then there are times when the doctor tells you to have sex, and you're not in the mood.* » (86-11-10) À leur tour, la sexualité et la reproduction deviennent objet d'analyse, de manipulation et de prescription.

Diagnostiquer l'infertilité, trouver ses causes et déterminer sa nature est le premier aspect de la rencontre du médecin et du couple. Déjà dans cette première partie, il y a un aspect très actif, voire même invasif, au diagnostic. La seconde partie peut être vue comme l'engagement du médecin envers le couple. Dans les témoignages, il y a plusieurs citations qui parlent de la recherche et de la rencontre d'un médecin prêt à accomplir les actes médicaux souhaités.

Une fois l'infertilité diagnostiquée, il y a une sorte d'urgence. La vie des parents n'est pas en jeu. Leur santé ne l'est pas plus dans la mesure où l'on peut séparer la reproduction de la santé d'un individu. L'urgence naît plutôt du temps qui passe. Il y a dans le fait d'avoir un enfant une pression sociale qui encourage un couple à avoir un enfant à un moment jugé optimal (même si la procréatique permet une remise en question radicale du pouvoir de cette pression sociale). Ceci repose entre autres sur la dégradation normale des processus reproducteurs. Dans le cas de l'infertilité, cette dégradation normale peut se combiner à d'autres formes de dégradation comme, par exemple, l'endométriose ou le cancer.

Malgré cette urgence, l'appui médical n'est pas garanti. « *One shocked doctor called it "a wild idea"; others replied, "We aren't doing that yet." More years went by.* »

(87-06 A) Comme nous le verrons plus loin, les différentes facettes que peut prendre la procréatique ne font pas consensus au sein de la communauté médicale.

Alors que certains médecins sont froids à l'idée d'accomplir des actes inusités, d'autres médecins sont stimulés par la réalisation d'opérations médicales novatrices. Il y a ici cette part humaine que la science ne peut justifier qui tient du défi, du courage ou de la témérité. On retrouve cette même dynamique actuellement avec le clonage où la volonté de certains entre en conflit avec des règles sociales.

Sous cet angle, on peut voir deux catégories de médecins se tracer : les pionniers et les piliers. Les premiers sont prêts à tout et les seconds agissent à l'intérieur des normes et habitudes de leur profession. « *The Peterses are his first "host womb" case, a term Karow says he invented. "My philosophy has always been to try everything that's humanly possible," he says.* » **(87-06 A)** L'action novatrice ne se fait pas nécessairement en dehors de toute forme de cadre normatif.

Dans cette dynamique d'innovation, les médecins n'ont pas pour seul rôle celui de praticien. Ils ont aussi la tâche de disséminer l'information sur ces nouvelles techniques. « *Tom: In June we had a Resolve symposium, and a doctor spoke about something called the G.I.F.T. procedure. It stands for "gamete intrafallopian tube transfer."* » **(86-11-10)** La distinction entre un agent de la technique et de l'information n'existe souvent pas. Ceux qui font la promotion d'une technique sont ceux qui la pratiquent.

La troisième partie touche à l'idée que l'on se fait habituellement de la procréatique : une série de manipulations, retrait de cellules, fécondation, insémination, etc.

Ces opérations confèrent au médecin un rôle inusité au sein du couple. Le docteur décide des détails qui autrement seraient accomplis en toute intimité. Tout à coup, la reproduction devient publique, un objet partagé au-delà du couple et dont une partie

de la volonté se retrouve léguée aux médecins. « *Once the doctor determines that you have enough eggs, that the follicles are the proper size and your blood levels are correct for ovulation, you go to the hospital and have an injection of HCG. A few hours before you ovulate, the doctor does a laparoscopy to retrieve the eggs.* » (86-11-10)

Le médecin devient ainsi un nouveau partenaire reproductif, un partenaire asexué. En définitive, il transforme l'ensemble de l'acte en le déssexualisant. « *A month before the Peterses met Alexis, Norma had undergone a course of blood tests, hormone injections and sonograms at the institute. Karow performed a laparoscopy and retrieved four healthy eggs, which he fertilized with Bob's sperm and left in an incubator to divide.* » (87-06 A)

Le médecin devient un acteur essentiel de la reproduction avec ses outils et ses opérations. Sans lui, la reproduction ne pourrait avoir lieu. Pour cette raison, on peut le considérer comme le troisième membre du couple. Il est le passeur celui qui permet la translation et la transformation des cellules d'un corps à un laboratoire à un autre corps. Il rend tout à coup le processus de reproduction transparent, visible, compatible avec la démarche scientifique, sectionné en étapes et en manipulations. Il surmonte ainsi les failles du corps en continuant ce qui devait se faire à l'intérieur du corps à l'extérieur. Dans les témoignages, il y a quelque chose d'étranger, d'invasif, une forme d'appropriation d'un corps étranger. Tout à coup, la reproduction se passe en dehors de la volonté des parents : c'est le médecin qui espère pouvoir produire assez d'embryons; c'est le médecin qui implante dans le corps informe de la mère. Pendant cette étape, c'est lui l'agent principal.

Malgré la rigueur du médecin, les taux de réussite de la procréatique demeurent assez faibles (dans les alentours de 25 %). C'est donc une étape qui peut se répéter. À chaque fois, ce n'est pas nécessairement une répétition identique. Il se peut qu'à chaque échec s'éclaire peu à peu l'état du mécanisme reproductif et que des hypothèses quant à la nature de l'infertilité se trouvent confirmées.

La quatrième et dernière partie englobe la dimension sociale du rapport médical à la procréatique. Un des aspects que l'on retrouve dans les témoignages est le lien qui unit les médecins avec l'ensemble des couples et des enfants qu'ils ont aidés à concevoir. Les médecins ont le sentiment d'avoir accompli quelque chose de bien. « *You have the feeling that you are doing something to make things a little better for everybody.* » (98-10-12) Dans la prochaine citation, les médecins considèrent les enfants nés grâce à eux comme leurs bébés. « *Howard and Georgeanna Jones keep scrapbooks of photos of their babies.* » (98-10-12)

Ce lien n'est toutefois pas garanti, les médecins participent à la reproduction sans aller à se réclamer socialement comme parent officiel. Il y a une rupture, un détachement moral. La responsabilité s'arrête une fois que l'insémination a été réalisée. « *After only 10 days of treatment, she was shocked to learn she was expecting triplets. "Our doctor called us at home to tell us. He said he didn't know whether to apologize or congratulate us," recalls Mrs. Bisgaard.* » (00-04-24)

Pour amplifier cette rupture, le corps médical peut aussi être tranché, divisé, séparé, atomisé en opérations diverses. « *Many sperm banks and doctors who performed the procedures advised parents to keep it secret; some couples went so far as to use one doctor to get pregnant and another to deliver the baby, without telling the second doctor how the child was conceived.* » (01-08-13)

Ce morcellement du corps médical en plusieurs spécialistes, plusieurs intervenants, joue aussi dans ce rôle ambigu où le médecin est la fois le dispensateur de services et celui qui participe à la conception d'un enfant. Il est, du même souffle, le troisième membre du couple et l'agent désincarné de la technique. Ce rôle se trouve aussi modulé par le rapport social que l'on retrouve entre les piliers médicaux et les pionniers. Dans cette opposition ressortent l'aspect professionnel du médecin et sa confrontation avec le rapport personnel qui se crée lors de la rencontre face à face avec le couple infertile. Ces deux positions sont porteuses de pratiques de responsabilité sur lesquelles nous allons revenir dans la section consacrée au corps normatif. Pour l'instant, nous allons plutôt développer la dimension technologique de la rencontre du couple et du médecin.

Constellation technologique

Dans la partie précédente, nous avons vu que la relation du médecin avec la technique est ambiguë : parfois, le médecin est occulté derrière la technique; d'autres fois, elle permet un rapport beaucoup plus intime avec les parents. Ceci montre à quel point il peut être difficile de séparer la technique de ses acteurs.

Les technologies de reproduction sont le point central de ce travail sans en être le sujet. Elles sont un point de convergence de tous les acteurs de la procréatique, mais toujours sous forme d'un état transitif. L'objet de notre travail n'est pas la technique en-soi, mais plutôt la technologie incarnée, c'est-à-dire une technique vécue par différents acteurs. Cette idée rend cette catégorie caduque dans la mesure où les technologies de reproduction ne sont rien sans le couple qui désire avoir un enfant par d'autres moyens que ceux habituels et le médecin qui accepte de leur offrir ce service.

L'intérêt de cette partie n'est pas de répéter la précédente, mais seulement d'adopter un autre regard sur cette situation et voir comment cet état transitif module les rapports entre les acteurs.

Un des constats de nos recherches est que la technique ne peut ni être considérée comme un tout, ni comme sa partie. En d'autres termes, dans les récits, la façon dont la technique est présentée n'est pas une vision globalisante du fait technique, ni la présentation d'une technique morcelée à chacune de ses variantes (FIVETE, insémination, *hatching*, etc.). La technique est toujours précédée et suivie d'une autre technique, c'est ce que nous appelons la trame procréatique.

Analyser, observer, mesurer

Au début de la trame procréatique, il y a la rencontre avec l'infertilité où le corps pour soi, pour l'autre et avec l'autre trouvent leurs limites. L'échec n'est pas senti comme une donnée claire et précise sur l'état de la fécondité. Au contraire, c'est un processus au cours duquel s'additionnent les échecs. À chaque fois, il y a ce désir que, la prochaine fois, tout aille bien. Il arrive toutefois une limite à l'attente de

l'enfant. Dans ces moments, le couple consulte et rencontre le médecin. C'est à ce moment qu'a lieu le premier contact avec la technologie procréatique.

Ce premier contact n'est pas l'immédiate promesse d'enfantement. C'est plutôt la lente analyse des corps du couple et l'étude minutieuse de ses capacités reproductrices. Encore une fois, rien n'est tranché, le couple n'a pas encore perdu l'espoir de pouvoir concevoir normalement.

Le médecin débute son analyse avec des tests plus ou moins invasifs : prises de sang, analyse du sperme : « *We both lived in dread of the injections. Frequent blood tests, which turned her arms blackand-blue, and ultrasound exams, in which she was painfully prodded by a wand inserted into her cervix, multiplied the hellishness of her torment.* » (96-10)

Si c'est encore l'échec, c'est-à-dire que rien n'a été trouvé et que l'infertilité demeure inexplicable, d'autres tests suivent. Pour la femme, c'est l'examen physique avec un gynécologue et la vérification du niveau hormonal. Le degré d'invasivité commence lentement à croître. Pour vérifier l'état des ovaires, la femme doit passer des ultrasons, une radiographie. « *I also had a diagnostic laparoscopy where they inserted a viewing instrument into my abdominal cavity to see my reproductive organs.* » (86-11-10) Suivent ensuite l'hystérosalpingographie, la biopsie de l'endomètre pour vérifier si l'ovulation fonctionne bien et des laparoscopies pour retirer des ovules pour vérifier si elles ne seraient pas la cause.

Il peut y avoir un profond sentiment de déshumanisation. Tout à coup, le corps devient transparent, la personnalité des parents s'estompe derrière les résultats de leurs organes. « *I was made to jerk off into more bottles, then more tests, more pale assurances. My wife was beginning to feel like a tawdry lab experiment, and I frankly was getting fed up, not with her but with Dr. Cautious.* » (96-10)

L'observation et l'analyse sont à la base de la pratique. Tout au long de la trame, ce sera toujours la manière de prendre connaissance de la façon dont fonctionne le corps.

En raison de l'échec, cet enchaînement peut se répéter à plusieurs reprises dans l'attente de la découverte du pire comme du meilleur.

Techniques extracliniques

Nous avons marqué le début de la trame procréatique par la rencontre clinique lors de laquelle le médecin étudie le corps du couple. La triade couple-médecin-technique est déjà présente. L'idée de gradation des actions aussi. La seconde étape, après l'analyse, est le passage à l'acte ou le début de la transformation des processus reproducteurs.

Une de ces techniques est celle de la sexualité programmée. « *During that time they have submitted to almost every procedure and test that medical science has to offer, from timed intercourse and fertility drugs to artificial insemination and in vitro fertilization.* » (86-11-10) Le contrôle de la sexualité est le premier effort médical après le degré zéro de l'observation. « *Then the doctors said, "We want you to have intercourse tonight and tomorrow night," or whatever times it would be optimum.* » (86-11-10) On peut aussi associer celle-ci à d'autres formes de contrôle de la reproduction comme la prise de contraceptifs.

Les médicaments de fertilité sont une autre technique préclinique qui rythme le début de la trame procréatique.

The first day you get your period, you alert the doctor's office. On Day Three I started taking two Clomid tablets a day. Then every day until about Day Eight, I received an injection of Pergonal, another fertility medication that also stimulates follicle growth. (...) Tom had to give me an injection of progesterone every day to maintain the growth of the endometrium, but otherwise you're just waiting [pour l'implantation]. (...) From the 12th through the 16th, I took a combination of Clomid and Pergonal; then for the next five days there was nothing I could do but sit and hope. (86-11-10)

Ces traitements sont loin d'être sans risque. Ils augmentent le risque naturel de grossesses multiples. Comme toutes les autres techniques (à part bien sûr l'adoption), en plus des effets secondaires, la prise de ces médicaments ne garantit pas le fait de tomber enceinte. Les raisons de ces échecs sont nombreuses. Les causes ne reposent pas nécessairement sur la mère. L'origine de l'infertilité peut aussi être liée à

l'homme. Lui aussi a accès à une série de traitements pour améliorer la qualité de son sperme.

Les traitements de fertilité peuvent se combiner à la prise de médicaments pour préparer le corps de la mère aux opérations futures. « *Good news, sort of; the procedure had a high success rate, but the preparation for it was a hormonal nightmare: my wife was made to endure two months of chemically induced menopause designed to shrink the marble-size growths and thus facilitate their removal.* » (96-10)

Ces médicaments ont des effets secondaires marqués, mais aussi leur administration peut être douloureuse.

Mid-August I was back in Haiti, and my wife began self-injecting Lupron, a drug that produced hot flashes and insomnia, into her abdominal wall to suppress and then synchronize egg development in her ovaries. A few weeks later I was home in time to begin turning her backside into a pincushion, shooting doses of Pergonal and Metrodin, to begin stimulating egg development, into her buttocks morning and night. (96-10)

Si aucune de ces techniques ne fonctionne, le couple a accès à plusieurs autres possibilités, mais cette fois-ci à l'intérieur de la clinique.

Opérations chirurgicales

L'entrée dans la clinique peut se faire de différentes façons. Des fois, les causes de l'infertilité sont beaucoup plus claires. Elles sont elles-mêmes le résultat de la démarche médicale.

Avant d'arriver à la FIV, il y a une autre catégorie de phénomènes qui met de l'avant l'action médicale procréatique non pas au niveau des cellules reproductrices (comme pour la FIV), mais au niveau des organes (essentiellement l'appareil reproducteur féminin). Ce passage sur la table d'opération possède une signification contradictoire où il est, à la fois, la solution à l'infertilité et sa cause. Dans les récits, les opérations qui causent l'infertilité sont l'hystérectomie et, une de ses variantes, la trachélectomie élargie. Ces opérations diminuent les chances d'une femme d'avoir un enfant par

elle-même. Ces récits chirurgicaux ont souvent pour toile de fond le cancer de la femme.

Il existe aussi des techniques chirurgicales qui ont un effet inverse sur la fertilité. Une de ces techniques est le retrait, avant une opération, de tissus ovariens et leur congélation en vue d'une greffe après l'opération. Cette technique doit permettre à la patiente atteinte du cancer de redevenir fertile après le choc de la chimiothérapie et des radiations. Il s'agit d'une technique qui, à l'époque (2004), était novatrice. Dans le récit de la femme, il y a cette tension entre, d'une part, le corps médical comme ensemble professionnel et l'inventeur de cette technique. Le premier jugeait sévèrement celle-ci sur la base de son manque de fondements scientifiques. Le second, motivé par le développement de ses recherches, voulait pousser ses travaux un peu plus loin. À côté de lui, pour l'encourager à passer à l'acte, se trouvait une femme prête à tout pour avoir des enfants, peu importe les risques et le fait de jouer les cobayes.

Lors de cette étape, la guérison se fait au prix de la fertilité. Il ne s'agit pas d'un calcul ou d'un choix, car la santé de la femme prime. Grâce à de nouvelles procédures, il est maintenant possible de s'affranchir du contre-coup de ces chirurgies. Cette fois-ci, pour faire un tel choix, il faut accepter de quitter les territoires balisés pour ceux incertains de la recherche scientifique.

L'insémination et le don

Au niveau procréatique, la chirurgie n'est pas une fin en soi. Pour certaines femmes, le recours à la chirurgie peut marquer l'ouverture sur d'autres formes de reproduction par exemple la recherche d'une mère porteuse.

Pour la plupart des utilisateurs de la procréatique, les premières interventions cliniques ont lieu lors du retrait des gamètes. Il s'agit du début d'une suite d'opérations durant laquelle se produit la translation des cellules reproductrices d'un corps à un autre par une autre voie que celle de la reproduction sexuelle. L'idée de translation des gamètes met en valeur les différents usages procréatiques que l'on

peut faire des cellules. Les premiers usages de cette translation sont l'insémination et le don.

L'insémination est une autre forme de reproduction où la relation sexuelle est purifiée : le sperme est purifié, l'injection se fait au bon moment, etc. « *We went through six months of timed intercourse, then eight months of intrauterine inseminations with Tom's sperm, which had first been washed to get rid of all the impurities.* » (86-11-10) L'insémination est une des rares opérations procréatiques qui concerne essentiellement les cellules masculines.

Un autre dérivé de l'usage de ces cellules est le don. Le don prend par contre un visage beaucoup plus complexe en ouvrant la possibilité de translations de plusieurs formes cellulaires, voire même humaines. La catégorie du don touche au sperme, aux ovules et aux embryons.

Le don renvoie aussi aux catégories de la constellation familiale que sont les parents donateurs et les mères porteuses. Chacune de ces catégories est soit le sujet de don ou l'objet de don. De plus, ces formes de don ne sont pas nécessairement désintéressées. Il s'agit donc d'une conception assez large de ce qu'est un don. Pour cette raison, le titre de la section devrait plutôt être « le fait de donner une partie de son corps afin de permettre à d'autres personnes d'avoir un enfant ».

Le don en tant que technique ne s'adresse pas obligatoirement à des couples. Il permet à des femmes seules de se reproduire. Grâce aux banques, des femmes fertiles peuvent avoir accès à un sperme anonymisé, c'est-à-dire sans attache à une identité sociale. Une autre forme de don est le celui d'ovule. C'est cette forme de don qui permet à des femmes ménopausées d'avoir un enfant.

Le don n'est toutefois pas complètement anonymisé dans la mesure où la ou les personnes désireuses d'avoir des gamètes peuvent espérer compenser l'absence de lien génétique par la recherche de traits physiques semblables entre ceux du donneur et ceux des parents.

With a view toward compatible hair and eye color, he then introduced her and Wilson to Sue Scott, a travel agency manager to whom he paid a \$1,500 fee for her services as an egg donor. "It's a matchmaker thing," says Sauer, who has two children of his own and a third on the way. "You put people together, and if it doesn't work, you try somebody else." (90-11-12)

Il y a, d'un côté, le fait de recevoir des cellules et de l'autre celui de donner. Le don peut soit être fait contre rémunération comme aux États-Unis ou altruiste comme au Canada. L'intermédiaire dans cette relation au niveau structurel est la banque de cellule. L'insémination et le don permettent d'ajouter à la trame procréatique l'idée de translation des gamètes qui se précisera avec l'ajout de nouvelles techniques au sein de cette suite technologique.

Adoption

L'adoption peut aussi être vue comme une forme de don, dans la mesure, où l'adoption est l'arrivée d'un être extérieur au couple. Cette extériorité culmine avec le don d'embryon et donc d'un être sans attache génétique avec les parents.

Dans plusieurs récits, l'adoption est au début de la trame procréatique. Elle est alors la première tentative pour surmonter l'infertilité. Dans un autre récit, l'adoption arrive à la fin : c'est le constat de l'échec, la fatalité. « *We're going to wait a couple of normal cycles before we think about transferring the frozen embryos. In the end, though, I'm sure we're going to turn to adoption. It doesn't cure infertility, but the child is just as real.* » (86-11-10)

L'adoption est une technique de reproduction que les humains utilisent depuis des temps immémoriaux. L'adoption met de l'avant un mode de reproduction essentiellement social. Peu importe si l'adoption arrive au début de la trame ou à la fin, dans les récits procréatiques, c'est une technique qui joue le rôle d'une sorte de frontière poreuse à la périphérie de la procréatique.

Il y a les parents qui adoptent un enfant tout en continuant un processus procréatique dans l'espoir d'avoir un enfant dit « biologique » comme dans le cas des Peters et de leurs deux enfants adoptés. (87-06 A) Pour certains, l'adoption ne peut remplacer le désir d'avoir un enfant par soi-même. Il y a aussi les parents qui ont recours à

l'adoption, mais qui parallèlement espèrent participer à la naissance de l'enfant sans que celui-ci soit nécessairement considéré comme « biologique » par l'entremise, entre autres, du don d'embryon.

Ceci montre la diversité des positions sur l'adoption : elle est pour certain la porte de sortie de la trame procréatique ; pour d'autres, la porte d'entrée; ou encore, une chose complètement parallèle au fait de concevoir un enfant. Inversement, la place périphérique de l'adoption dans le discours procréatique montre la difficulté d'interpréter celui-ci en fonction des intentions des parents.

La fécondation in vitro

Dans une perspective procréatique, le simple don, à part pour l'adoption, ne signifie rien. Le don de sperme, d'ovule ou d'embryon ne peut se réaliser que s'il y a une autre opération. Pour le sperme, il peut y avoir insémination intra-utérine. La FIV et ses variantes comme la G.I.F.T. (*gamete intrafallopian tube transfer*), la ICSI (*intracytoplasmic sperm injection*) et l'*assisted hatching* sont d'autres alternatives.

La FIV ouvre sur beaucoup de possibles procréatiques. Elle permet une rupture temporaire entre les conjoints et leurs cellules reproductives. Le gamète, tout à coup, n'est plus du ressort de son possesseur, il y a une extension de celle-ci en dehors du corps. Le sperme, l'ovule ou l'embryon créé à la suite de la fécondation acquiert une identité propre. Cette identité est liée à une autonomie paradoxale où cette indépendance face aux corps se fait au prix de sa prise en charge technoscientifique.

Le premier possible induit par la FIV est le recours à de cellules reproductrices non apparentées au couple. C'est à partir de ce possible que des femmes ménopausées peuvent enfanter grâce à un ovule d'une autre femme.

Le second possible est le recours, à des fins reproductives, à des personnes non apparentées. Cette catégorie est celle des mères porteuses. Le rapport induit par la FIV n'est pas que biologique, la dimension sociale de ce rapport est très importante. « *In a private agreement signed on Jan.15, the fee was set at \$10,000, plus medical expenses and a monthly allowance, all to be paid on a set schedule. Two days later,*

the Calverts underwent in-vitro procedures at a local clinic, and on Jan. 19 three of the eggs were implanted. » (90-11-05)

Plusieurs récits comme celui qui suit mentionnent l'importance pour les mères de l'accouchement : « *The 44-year-old program director for a rehabilitation centre also wanted the experience of pregnancy and giving birth. With embryo adoption, she has all of that. "It's really a very awesome experience because it is such a miracle."* » (02-03-04) Le cas des mères porteuses montre la relativité de cette expérience.

Un troisième possible induit par la FIV sous-tendu dans les fondements de la procréatique est le fait de permettre la reproduction à des gens qui physiquement ne peuvent pas de façon autonome. Cette catégorie comprend les gens touchés par l'infertilité au niveau cellulaire, de l'appareil reproducteur ou pour cause de handicap comme dans le cas de la paraplégie.

La dimension sociale de la technique, abordée lors du deuxième possible, se retrouve aussi dans un quatrième possible, qui n'est pas exclusif à la FIV. Ce possible est la naissance simultanée de plusieurs enfants. La FIV permet un plus grand contrôle que les traitements de fertilité quant au nombre d'embryons qui se développeront dans l'utérus de la mère. Malgré tout, pour maximiser les chances de tomber enceinte, deux ou trois embryons sont implantés dans l'utérus de la mère. Ceci ouvre donc la possibilité de jumeaux ou de triplés. Comme dans le cas des mères porteuses, il y a un engagement financier particulier au fait d'avoir plusieurs enfants qui s'ajoute aux coûts de l'opération médicale. Il y a aussi un engagement humain de temps et d'efforts propre à la prise en charge de ces enfants.

Comme toutes les autres techniques, la FIV est faillible. L'échec peut marquer la fin de l'expérience procréatique ou son recommencement.

The April argument that sent me trudging to the guest room dispersed much, if not all, of the pressure that had built between us as we ventured further on the thin ice of possibility, loaded down with the weight of our decision to proceed with our fourth in vitro fertilization attempt. I had been afraid that my wife was balking at this, her final commitment in her role as immaculate guinea pig, afraid I had somehow coopted her into agreeing to try something she didn't want to do--accept the oocyte of another woman into her womb. It was

the most delicate of issues, and I thought I had given my wife plenty of room to arrive at her own decision. (96-10)

L'adoption introduit au sein de la trame procréatique l'idée de sortie ou d'interruption de la trame. La FIV et ses variantes ouvrent la possibilité de recommencement ou de boucle. Lors d'une boucle, le couple doit cheminer de nouveau à travers les étapes précédentes. Il se peut toutefois que dans l'idée de recommencement se combine plusieurs techniques pour permettre la répétition de la procédure. Une de ces techniques est la cryopréservation et son pendant dans les banques de cellules.

Cryopréservation

Une des conséquences de la FIV est la production de plusieurs embryons qui ne seront pas implantés. La cryopréservation est la conservation de gamètes ou d'embryons à basse température en vue de leur utilisation future.

Cette utilisation peut être une autre tentative d'implantation par le couple. La cryopréservation, en séparant la fécondation de l'implantation, permet aussi l'attente du moment idéal pour implanter les embryons. « *"We can't give up now." The date set for the second transfer attempt has come and gone, and the embryos remain in the freezer.* » (87-06 A) La technique a toutefois un coût qui est le risque de diminuer la viabilité des embryons.

La technique peut être utilisée sans FIV prévue, seulement par pure précaution. C'est le cas des femmes qui vont avoir des traitements de chimiothérapie ou de radiation. Il existe aussi une série d'imprévus inusités qui peut justifier la technique : « *"He said, 'Since Richard is leaving for Iraq, he should have something frozen,'" says Linda, "because you never know what will happen."* » (04-10-11)

On pratique aussi la cryopréservation pour les ovules.

Instead, the couple took a far less reliable option: freezing Mindy's eggs. The Morehouses don't consider eggs, with just one cell, to be a form of life. So in October 2002 Mindy again took drugs to stimulate ovulation. From the 22 eggs removed and frozen at the Indianapolis offices of Dr. Donald Cline, three were inseminated and placed in her uterus, resulting in twins Mallory and Ryan. (04-10-11)

Un des phénomènes reliés à la cryopréservation est le développement de banques de cellules. La gestion de ces banques est en soi un objet de la bioéthique dont les enjeux sont à peine touchés dans les récits des utilisateurs de la procréatique.

Le dépistage préimplantatoire

La trame procréatique n'est pas un phénomène figé dans le temps. Il y a trois sortes de dynamiques historiques. Il y a la dynamique de la trame et du passage des parents à travers différents possibles. Il y a la dynamique à plus grande échelle de développement de nouvelles technologies de reproduction et de son assimilation sociale. Finalement, il y a la rencontre des deux, c'est-à-dire que des couples, dans leur parcours, découvrent l'existence d'une nouvelle technologie.

Dans le récit des Powell, (04-10-11) ceux-ci apprennent que la transplantation de cellules souches pourrait sauver la vie de leur enfant. Pour avoir ces cellules souches, les Powell doivent concevoir un enfant en santé. La procédure proposée est celle de l'ICSI où un seul spermatozoïde est injecté à l'intérieur de l'ovocyte. Par après, l'embryon est soumis à un diagnostic préimplantatoire pour vérifier s'il n'a pas de défaut. Une fois cette opération réalisée, l'embryon est implanté dans l'utérus de la mère.

Pour concevoir cet enfant sain dont la création est orientée vers celle du premier enfant, les Powell ont dû recourir à trois dépistages préimplantatoires avant de trouver l'embryon idéal. Peu de temps après l'implantation, les Powell ont découvert que la mère portait des jumeaux. Ceci montre cette part d'imprévisible, propre à la procréatique, quant à la réussite procédure et à ses résultats.

Le dépistage préimplantatoire apparaît ainsi comme un autre possible qui peut s'ajouter aux technologies précédentes en tant que service offert aux couples dont les motivations peuvent varier énormément.

Transplantation post-mortem

Nous avons placé la transplantation post-mortem presque à la fin de la trame pour des raisons particulières. En effet, elle ne représente pas l'aboutissement d'une longue démarche procréatique. Au contraire, il s'agit exclusivement de femmes confrontées à la mort soudaine de leur mari. Par contre, au niveau technique, la transplantation post-mortem pousse la FIV et ses variantes (*hatching*, ICSI) à un usage inusité. Sous cet angle, on peut sentir la gradation technologique de la procréatique.

La transplantation post-mortem est un usage déviant de plusieurs techniques. « *Sherman Silber, a St. Louis infertility expert who helped develop the method used in Gaby's case – injecting a single sperm into an egg – says it was never meant to be used in cases such as the Vernoffs'.* » (99-04-19)

C'est la finalité sociale qui change, car, dans les faits, les manipulations sont les mêmes.

Last year she and the Vernoffs consulted Paul Turek, of the University of California at San Francisco, who had developed a new technique for identifying viable sperm. Turek and a colleague vetted the last vial. "We found several moving sperm after hours of toil," he says. Last June, two of Gaby's eggs were fertilized. One of them took. (99-04-19)

Ce n'est donc pas tant la nouveauté technique que la combinaison de différentes techniques pour permettre une nouvelle offre de service.

Le médecin est à la croisée de la famille et de la technique. À la suite du désir des parents et confronté à leur détresse, il sent qu'il peut redonner espoir. C'est cette position où il est à la fois membre familial, personnel médical et extension technique. « *About 30 hours after Mr. Vernoff died, Cappy Rothman, a physician at Century City Hospital in L.A., removed sperm from his corpse at the request of his family. "Retrieving something from their loved ones gives families in grief some hope," Rothman said of the procedure he has done repeatedly.* » (00-03-10)

L'implantation post-mortem introduit, dans la gradation de la trame procréatique, l'idée que cette hausse de l'intensité procréatique n'est pas que quantitative (risques,

complexité technoscientifique, nombre de procédures, moyens financiers), mais aussi qualitative (permettre à un mort d'être père).

Première médicale ou l'histoire de l'insolite

Une des dimensions fondamentales de la trame procréatique est le développement de nouvelles technologies de procréation. Cette idée est enracinée dans le concept de procréatique. À travers elle, résonne tout le poids du progrès scientifique et technologique. Depuis Louise Brown, beaucoup de techniques, d'outils, de procédures, de services se sont ajoutés au répertoire de la procréatique. Pour plusieurs de ceux-ci, la nouveauté n'est pas qu'historique, elle marque aussi la difficulté de normaliser de telles pratiques.

Dans les récits procréatiques, la nouveauté côtoie la première médicale et l'usage insolite d'une technique. L'idée de nouveauté représente plutôt l'arrivée d'un nouveau possible. En d'autres termes, le nouveau possible est une promesse pour les couples qui ont échoué jusqu'ici au sein de la trame procréatique.

La nouveauté ne fait pas tout le temps l'unanimité. « *When the first test tube baby was born in 1978, the couple contacted scientists in England, Australia, Canada and the U.S., asking whether an embryo fertilized in vitro could then be implanted in another woman. One shocked doctor called it "a wild idea"; others replied, "We aren't doing that yet."* » (87-06 A)

Comme nous l'écrivions précédemment, dans le corps médical, ce n'est pas tous les médecins qui veulent participer au développement et à l'utilisation d'une nouvelle technique. C'est pour cette raison que dans le contexte de nouveauté, les parents ont un rôle à jouer dans la recherche du spécialiste qui acceptera de participer à cette nouvelle aventure. « *"I had lost hope." Then one day, listening to the radio, Norma heard news of the birth of the first host womb baby (cover). The Peterses found an infertility specialist who said he was willing to try.* » (87-06 A) L'idée de première médicale peut référer à beaucoup de choses. L'aspect le plus fort étant celui d'une insertion historique. La première médicale marque un point de l'histoire d'une

pratique. Elle devient le repère, le cas paradigmatique qui se répand dans la population grâce à sa médiatisation.

Comme la procréatique segmente la reproduction et permet une combinaison de moyens, il y a une multitude de premières comme dans cette citation : « *Why couldn't we get Sandra's eggs, fertilize them with my sperm and have another woman do the carrying?*" He called clinics around the world. Everyone he spoke to told him it couldn't be done. » (87-06 B)

Un autre aspect est celui géographique. Une première est toujours située : Louise Brown est anglaise, Dolly écossaise, etc. Cette localisation permet l'émergence d'une multitude d'autres premières qui ne sont en fait que des deuxièmes, troisièmes, etc. Il y a toujours le premier bébé-épiprouvette américain (1981), le premier bébé éprouvette québécois (1985), etc.

L'idée de première médicale entraîne aussi avec elle une sorte de compétition où chaque première représente un record historique. Par exemple, aux premiers quintuplés américains issus de la FIV (1988) suivent les sextuplés, les septuplés, etc.

Il y a les premières médicales, mais à leur traîne il y a les premières juridiques. Les premières juridiques sont la confrontation au vide de la loi. Les secondes juridiques reprennent les acquis des premières pour les utiliser comme repères.

Les premières peuvent aussi être marquées par le caractère inusité. Dans cette catégorie, il y a les naissances multiples, mais aussi le groupe des mères ménopausées. La procréatique permet à des femmes infertiles en raison de leur âge de porter un enfant obtenu grâce à l'adoption d'embryon. La première médicale est dans ce cas-ci la femme toujours plus vieille menant à terme sa grossesse.

En définitive, tout peut devenir une première : une première, une nouvelle approche, une percée médicale, chaque micro-opération et leur combinaison deviennent une nouveauté.

He suggested the then novel approach of cryopreservation. DiMattina started Katherine on drugs to stimulate ovulation, then removed eggs and fertilized

them with Tom's sperm. But instead of implanting the embryos in her uterus, DiMattina froze them in liquid nitrogen--and waited until the drug-induced chemical imbalance in Katherine's body had abated. (98-10-12)

La place de la première médicale dans le discours des utilisateurs de la procréatique vient renforcer cette idée développée dans le chapitre consacré au dépistage préimplantatoire. Elle met en valeur le caractère dynamique de la trame procréatique : il y a une historique du développement technologique au niveau sa réception publique. La principale leçon que l'on doit tirer de ce chapitre est que les premières médicales en procréatique ont besoin d'utilisateurs pour s'actualiser. En d'autres termes, ce sont des premières qui deviennent incarnées par leurs utilisateurs.

Le coût de la technique comme investissement risqué

Finalement, la dernière maille de cette chaîne est le retour sur le coût humain et économique de l'entreprise procréatique. En raison du haut taux d'échec de techniques comme la FIV, cette maille pourrait être vue, pour beaucoup des couples, comme le retour à la case départ.

Il y a une dimension économique très présente autant d'un point de vue financier que dans son sens premier comme science des choix. « *Tapping Luanne's \$200,000 inheritance, they ran through the smorgasbord of techniques for childless couples. They tried artificial insemination and in vitro fertilization four times, at a cost of \$10,000 each. "What's weird about fertility," Luanne says, "is that you slowly give up your dreams, one by one."* » (98-02-02) Dans ses conséquences, comme les grossesses multiples, il y a aussi un coût élevé qui se répercute sur les années suivantes : « *nine times that of a singleton birth* ». (00-04-24) La reproduction peut ainsi être vue comme une sorte d'investissement. « *Ginny returned to discuss the finances in the next eight months, in \$5,000 increments, we would empty our savings account, take out a bank loan, and borrow against my future earnings.* » (96-10)

Le coût est aussi lié au nombre élevé d'échecs. « *She and her husband, John, had endured six years of infertility treatment and five other attempts with surrogates.* » (98-02-02) Il est clair que ce coût n'est pas que financier si l'on saisit à quel point le passage à travers la trame procréatique peut être des plus exigeants tant sur le plan

psychologique que physique. « *After enduring two miscarriages and four years of arduous, expensive and fruitless hormone therapy, Katherine Canfield was overjoyed when doctors invited her and her husband, Tom, to gaze through a microscope at the embryo that would grow, once implanted in Katherine's womb, into their healthy daughter Emma.* » (98-10-12) C'est la détermination qui finit par rapporter. « *And Arceli was determined to have one. Finally, on her fifth attempt at in vitro fertilization, using an anonymous donor's egg and Isagani's sperm, she became pregnant.* » (98-10-12)

Le coût de la procréatique est donc, à la fois, économique, psychologique et physique. Il se trouve amplifié par le taux d'échec de la technique et par le désir des parents d'avoir un enfant. Le coût ne doit donc pas être vu comme une fin en soi, mais plutôt comme un effet secondaire de la démarche procréatique, l'arrivée de l'enfant justifiant tous les efforts. On peut toutefois s'imaginer que, pour les couples n'ayant pas réussi à obtenir l'enfant souhaité, ce coût devienne en définitive la mesure principale de leurs efforts.

La trame procréatique peut ainsi s'arrêter ou recommencer. Tant qu'il y a une lueur d'espoir, tout est encore possible.

Trame procréatique

Dans cette section, nous avons vu, en premier lieu, les acteurs de l'univers clinique, le principal étant le médecin. Cet acteur incarne bien cette identité procréatique qui est en train de se tracer. Il est, du même coup, cet autre humain sensible qui partage la douleur de couples infertiles et le manipulateur de la technique désincarnée qui met à nu et modifie le processus reproductif. En second lieu, nous avons poussé l'étude de la technique et de la manière dont celle-ci s'insère dans l'expérience parentale. Cette dernière partie nous a permis de mettre en valeur le concept de trame procréatique et ses implications au niveau expérientiel.

Les principales caractéristiques de cette trame sont, tout d'abord, sa possibilité de répétition. Même des femmes fécondes, c'est-à-dire qui ont enfanté, dans un contexte

procréatique, peuvent espérer prolonger cette vie au-delà de la ménopause. Une autre possibilité beaucoup plus courante de répétition est celle de l'échec. L'échec peut aussi entraîner une précision de la nature de l'infertilité et, tout en répétant des étapes de la trame, offrir la possibilité de nouveaux traitements. Une autre caractéristique est la gradation que l'on rencontre tout au long de la trame. À travers ce passage du couple au travers de la trame procréatique se trace aussi l'histoire du recours à des techniques toujours plus novatrices ou plus invasives. À ce titre, l'arrivée de nouvelles technologies permet de redonner espoir à des parents pour qui les premiers traitements avaient échoué. Cet aspect lie l'histoire procréatique à l'innovation scientifique et à sa diffusion.

Cette croissance peut être décrite à la fois de façon qualitative : des techniques toujours plus originales qui ne font pas nécessairement l'unanimité dans la communauté médicale ou au sein même de la société; ou quantitative : hausse des moyens, des risques et des inconvénients. Ceci entraîne donc des conséquences au niveau des coûts à chacune des étapes et peut déterminer l'engagement des couples envers la procréatique.

Une dernière caractéristique de cette trame concerne la nature de ce passage. Nous avons traité dans la section précédente de l'ambiguïté qui se crée entre l'identité des parents et celles de leurs gamètes. Au niveau de la trame procréatique, celle participe à ce que nous avons baptisé « la translation des gamètes », c'est-à-dire la production, le retrait, le traitement, l'insémination, le transfert, la conservation et le don qui ouvrent la possibilité d'une boucle.

Dans la prochaine section, nous allons passer à un autre niveau d'analyse de la procréatique, mais cette fois-ci à l'extérieur de la trame pour comprendre les incrustations épiphénoménales de l'éthique au sein des récits parentaux.

Troisième partie – le corps normatif

Le corps normatif regroupe les territoires de la bioéthique, du droit et de la spiritualité. Le corps familial traitait de l'expérience procréatique de couples et de

leurs proches. Le corps médical ajoutait à celui-ci la dimension technique. Le corps normatif quant à lui superpose à ces deux premières sphères le point de vue réflexif des acteurs sur le sens de leurs actes. À ceux-ci s'ajoute une dernière classe d'acteurs incarnés par les bioéthiciens, philosophes, avocats, juristes et autorités religieuses.

Pour cette raison, cette troisième section n'est pas une sorte de répétition des deux premières sections. L'ambiguïté de cette section repose sur le dédoublement du discours bioéthique qui est, du même souffle, celui qui analyse et son objet d'analyse. Pour éviter, toute forme de tautologie, l'objet éthique de notre analyse bioéthique est cette ouverture sur le social induite par les différentes éthiques (bioéthique, légaliste et religieuse).

Bioéthique

Dans les récits procréatique, on retrouve plusieurs traces du discours bioéthique. Encore une fois, y voir une forme de redondance serait négliger une dimension fondamentale de la procréatique. La bioéthique est devenue un point de repère incontournable pour les utilisateurs de la procréatique. Elle est, de par cette place qu'elle occupe aujourd'hui, engagée de plain-pied à l'intérieur de ces pratiques. Dans cette section, nous allons éclaircir ces rapports qu'entretient le discours bioéthique avec les acteurs de la procréatique et les pratiques de responsabilité sous-tendues par ces relations.

Parents

Quelle serait la place du couple ou son positionnement au sein du discours bioéthique ? Nos travaux se sont construits autour de ce postulat que nous avons appelé « naturalisant ». Celui-ci sous-entend qu'à travers des interactions sociales se tissent des engagements éthiques envers les autres et envers soi-même. Comment penser alors cette bioéthique de la bioéthique(!)? Ou, en d'autres termes, quel est le contenu de ce rapport qu'entretiennent les utilisateurs de la procréatique avec leur propre discours éthique? Quelle est sa fonction? Quelle est sa valeur?

Dans les témoignages des parents, les références explicites à la bioéthique sont rares. On ne peut toutefois pas conclure que cette rareté vient de leur disparition, car on en retrouve de façon disséminée tout au long des vingt années que couvre notre échantillon.

Une des traces de ce discours est liée à l'expérience du dilemme. Le dilemme est une forme éthique lors de laquelle le couple doit choisir entre deux choix déchirants. Par exemple, détruire ou conserver les embryons qui n'ont pas été utilisés lors de la dernière FIV? (02-03-04) Au niveau éthique, le dilemme confronte les acteurs à prendre une décision au contraire d'une approche plus spéculative lors de laquelle ils ont amplement le temps de délibérer.

Cette idée de confrontation marque une temporalité très courte, c'est-à-dire que les parents doivent prendre une décision très rapidement : lorsque, contre toute attente, plusieurs embryons se développent dans l'utérus de la mère doit-on pratiquer la réduction embryonnaire ou tous les mener à terme? (00-04-24) Il y a donc cet aspect de décision qui revient à trancher le dilemme et cette idée d'agir dans des délais rapprochés. On retrouve aussi ces caractéristiques lors de cet autre moment éthique qu'est le choc de valeur.

La question du don engage aussi les parents à l'intérieur de la réflexion éthique. La valeur centrale du don est celle du don altruiste. Pourquoi des personnes acceptent sans aucune compensation ou en échange d'une compensation symbolique de s'engager à l'intérieur du processus procréatique ?

Les premières traces éthiques sont la question du don et du dilemme. Dans le prochain chapitre, nous allons enrichir cette énumération du point de vue éthique du médecin.

Médecins

L'idée de don se retrouve aussi à l'intérieur du discours des médecins et des spécialistes de la procréatique. Cette fois-ci, la forme qu'elle prend est celle de l'empathie. Les médecins confrontés aux couples découvrent leur détresse et accepte

de les aider à surmonter leur infertilité. Sous cette forme, le médecin joue le rôle de passeur, il est celui qui introduit le couple au monde de la procréatique.

Dans les témoignages, on retrouve aussi une forme éthique inverse. D'une éthique du don et de l'empathie, le médecin peut aussi adopter une position distante par rapport aux techniques et à ses utilisateurs. C'est le médecin qui pose son regard de spécialiste sur une technique et ses abus. Par le fait même, son regard critique embrasse les autres professionnels médicaux qui pratiquent ces techniques contestées.

Des traces éthiques parentales du don et du dilemme, on peut ajouter celle médicale de l'empathie et de la critique.

Spécialiste

Les médecins ne sont pas les seuls à agir à titre de spécialistes. La catégorie la plus représentée dans cet ensemble est celle des spécialistes de l'éthique, bioéthiciens, éthiciens, philosophes, professionnels médicaux. Le regard du spécialiste, dans notre échantillon est presque toujours, sauf une exception, celui qui se pose de l'extérieur lorsqu'au sein du même récit apparaissent divergences et conflits. Dans le récit, leur témoignage est toujours ajouté en supplément au témoignage des parents. Ainsi, ils n'entrent pas en contact avec le couple en plus de représenter une partie secondaire du récit. Ils sont souvent cités vers la fin de l'article pour juger des techniques décrites dans l'article.

Il n'y a donc aucun lien entre ce spécialiste de l'éthique et la situation mise de l'avant. Le lien qui les unit est celui artificiel de l'article. On retrouve toutefois une exception où les bioéthiciens sont cités en tant que spécialistes consultés par le médecin afin d'appuyer la réflexion sur la démarche procréatique de ses parents et, par le fait même, du médecin et de son équipe médicale (**87-06 B**).

Même à l'intérieur de cet exemple, la place du bioéthicien est celle du commentateur de la technique. Il est celui qui nuance et étend la situation dans une perspective plus vaste. Il incarne ainsi un nouvel acteur au sein des récits procréatiques sans toutefois être engagé de plain-pied dans ces récits. Il participe à cette dynamique extérieure

d'évaluation de la technique et de réflexion sur ses excès. À ce titre, il permet de développer des repères pour guider les parents. Par contre, la réflexion éthique des parents concerne non pas cette idée d'excès, mais plutôt celle de dilemme et de confrontation à leurs propres valeurs.

Cette classe de spécialistes de l'éthique vient ainsi ajouter une profondeur à l'aspect critique de la technique que nous mentionnons en parlant des médecins. En raison de leur place dans le discours, le statut de spécialistes de l'éthique est celui de repère, à l'opposée, par exemple, d'un rôle prescriptif. Dans la prochaine section, nous allons ajouter une autre couche à cette analyse en présentant la place normative des avocats, des juges et de l'extension contractuelle du droit.

Le droit

Dans l'univers de la procréatique, le droit n'est pas une discipline close. Au contraire, en raison de la nouveauté de son objet, il recroise souvent le discours bioéthique.

Une des principales caractéristiques de cette place qu'occupe le droit dans nos citations est celle de la confrontation à la nouveauté. Le droit émerge très souvent pour régler des citations inusitées auxquelles personne n'est encore préparé. Sa tâche revient donc à encadrer de nouvelles pratiques.

Parallèlement à cet encadrement, le droit offre d'autres types de repères comme l'établissement, dans des situations souvent fort complexes, d'une définition de la parentalité. En effet, en modifiant les façons traditionnelles d'avoir un enfant, la procréatique remet en question la conception de ce qu'est un parent. Lors ces premières légales, le droit standardise les pratiques.

Une autre forme particulière du droit que nous avons trouvée dans notre échantillon est l'émergence de contrat privé. L'idée de ces contrats est de réaliser une entente entre différentes personnes participant à la procréation. Il s'agit donc de contrats qui garantissent l'appartenance d'un enfant à ses parents sociaux plutôt qu'aux donneurs de sperme ou d'ovule ou encore de garantir que l'enfant porté par les mères de substitution ne lui appartient pas. Ces contrats se font en dehors des institutions du

droit. Lors de mésentente entre les parties, devant les tribunaux, les engagements de ces contrats sont souvent cités.

Aux aspects éthiques et normatifs, du don, du dilemme, de l'empathie, de la critique de la technique, de repère, le droit ajoute un encadrement des statuts.

Spiritualité

La spiritualité est cette dernière portion du discours procréatique qui ouvre sur un ensemble de pratiques normatives. Dans nos recherches, l'aspect normatif est ressorti en tant qu'établissement de règles. Ces règles nous ont toutefois semblé incohérentes si elles n'étaient pas considérées, contrairement au droit, comme une source d'inspiration plutôt que de coercition.

Il y a une éthique religieuse qui se dégage des extraits. Celle-ci touche à la dimension du don de soi, d'une partie de soi ou de ses ressources personnelles. En ce sens, cette spiritualité devient une façon pour le couple d'expliquer ses valeurs comme, par exemple, justifier le don d'embryon ou de refuser leur destruction. Ces situations sont très fortement inspirées par la philosophie religieuse de la vie des parents « *"Embryos are gifts of life so it's been a very difficult decision," 36-year-old Mrs. Bentham said.* » (02-03-04) Ou encore : « *She told the media her septuplets were "a gift from God." However, sceptics noted that her good fortune came more from overly ambitious utilization of fertility drugs than divine intervention.* » (00-04-24) On retrouve même une situation où la mère justifie l'origine de ses enfants en mettant sur le même pied Dieu et la science : « *The bottom line is we have a beautiful baby girl who, but for God and science, might never have been.* » (99-04-19)

Les dernières traces de spiritualité dans les discours sont la référence à la communauté religieuse et au clergé ainsi qu'à Dieu en tant que celui qui aide à cheminer à travers les épreuves.

La place de ces citations épiphénoménales sur l'éthique, le droit et la spiritualité montre l'aspect secondaire de ce discours au sein de la procréatique. Le corps normatif demeure toutefois porteur d'engagements variés. Il y a tout d'abord le discours bioéthique essentiellement extérieur à l'expérience des parents. Celui-ci se place en tant que repère à travers l'unité artificielle de l'article de magazine. Il y a aussi le droit dont l'action de coercition peut transformer les couples et les conceptions de la parentalité. Finalement, la spiritualité et le rapport à Dieu s'installent à l'intérieur du couple comme forme d'inspiration.

À la suite de cette section, on ne peut conclure que les récits procréatiques présentent explicitement un récit systémique des valeurs et engagements éthiques des utilisateurs de la procréatique et de ceux qui se greffent à eux. Ceci conforte notre hypothèse naturalisante tout en justifiant l'analyse supérieure des pratiques de responsabilité en tant que porteuses de significations éthiques.

Conclusion de la section

À l'intérieur du discours médiatisé des utilisateurs de la procréatique, nous avons mis en valeur l'importance de trois pôles autour desquels se concentrent les pratiques de responsabilité. Les pratiques de responsabilité sont ces engagements qui lient une personne à une autre, aux autres et à la société. C'est dans la nature de ces liens que se dévoilent les valeurs, les principes, les attachements et les affinités qui se construisent à l'intérieur de chaque expérience. Cette approche permet de donner une signification éthique aux récits d'acteurs qui ne développent pas explicitement un discours bioéthique systémique.

La première partie de nos résultats a abordé l'angle familial de la procréatique. Nous avons vu dans un premier temps les thèmes de l'infertilité, de la mère, du père, du couple, de l'enfant et de la famille. L'infertilité est l'expérience centrale de nos récits procréatiques. Elle crée un rapport de soi à soi où le corps découvre les limitations à son désir et s'engage à les surmonter à travers la procréatique. La mère est l'actrice fondamentale de la procréatique. La majorité des opérations et leurs inconvénients physiques et psychologiques convergent vers elle. Dans les témoignages, l'idée même

de mère pouvait parfois porter à confusion. La procréatique offre la possibilité de scinder la maternité. Cette pratique permet, du même mouvement, de redonner la fécondité à une femme tout en rendant confus les rôles et statuts de ces autres femmes. Le père, de son côté, ne peut prétendre à un engagement aussi profond que la mère à l'intérieur de la trame procréatique. Il joue cependant un rôle central au niveau du support moral, médical et physique. Il peut subir aussi une autre forme de dilution de son statut en disparaissant derrière l'utilisation exclusive de ses cellules reproductrices. Le couple en tant qu'entité sociale, dans les récits procréatiques, devient un lieu de partage du rêve, du désir, des moyens matériels, de l'infertilité et de l'échec. L'enfant est en principe la finalité de la trame procréatique. Dans les passages précédents, nous avons vu qu'il représente aussi un oubli tant au niveau de son bien que de sa voix. L'enfant procréatique est un enfant projeté qui s'actualise essentiellement à l'intérieur de la catégorie de l'embryon. Dans les témoignages, on retrouve toutefois quelques exceptions au silence de l'enfant comme, par exemple, dans le chœur tonitruant des grossesses multiples. L'idée de famille vient rassembler les catégories précédentes pour leur donner un corps. Celui-ci demeure toutefois projeté dans la mesure où cette famille n'est pas encore acquise. À la famille espérée s'ajoute aussi la famille comme médiation ou interface du social.

Dans un second temps, nous avons traité de ce que nous avons appelé les extensions familiales. Le groupe principal qui se trouve à la périphérie de la famille traditionnelle est la classe des parents donneurs. Il s'agit de personnes qui en participant au processus procréatif entraînent une modification des parentés. Un autre acteur paradoxal de cette catégorie est l'embryon. Grâce à la procréatique, l'embryon acquiert une identité propre qui oscille entre un construit familial teinté d'espoir et le construit médical à l'identité intermédiaire étrange. Les groupes de soutien et les apparentés font aussi partie des extensions en raison de leur capacité à introduire socialement le couple soit sous un mode de confrontation ou d'acceptation.

La seconde partie de nos résultats s'est attardée à la perspective médicale et technologique de la procréatique. Le premier aspect que nous avons abordé est celui de la clinique en tant que lieu de rencontre des couples et du personnel médical. Dans

les récits, il y a eu quelques références au rôle de l'infirmière qui est, à la fois, de préparer les corps aux opérations, d'assister les couples dans leur introduction dans l'univers procréatique et d'offrir une assistance morale. L'acteur principal de la clinique est sans contredit le médecin. Il est présent du début à la fin du processus. C'est lui qui diagnostique l'infertilité, qui oriente le couple au sein de la procréatique et qui pratique les opérations sur le couple (essentiellement la femme). Par ce dernier geste, le médecin s'immisce à l'intérieur de l'acte reproductif et participe à une dynamique double où, tout en devenant le troisième membre du couple, le médecin devient l'objet désincarné de la technique. Un dernier rôle du médecin que nous avons rencontré est celui du corps médical en tant qu'entité sociale de régulation et de normalisation des pratiques face à quelques praticiens toujours prêts à aller plus loin.

Cette section nous a amené à développer le concept de trame procréatique. Cette idée nous permet de saisir la technologie procréatique du point de vue de ses utilisateurs. Les principales caractéristiques de la trame sont l'incertitude quant à la nature de son dénouement, la possibilité de répétition et l'accroissement de l'invasivité et de la nouveauté des techniques au fur et à mesure du cheminement du couple et de la compréhension de son infertilité. La trame débute par la découverte de l'infertilité. Suivent les tests et observations médicales pour découvrir la nature de l'infertilité. À ce stade, les techniques procréatiques demeurent superficielles : contrôle de la sexualité, médicaments de fertilité. Peu à peu le niveau des opérations se précise et le contrôle médicale sur la reproduction croît: IA, chirurgie correctrice, FIV, FIVETE, GIFT, ICSI. Si la démarche n'a pas été concluante, il peut y avoir une répétition de la trame.

La troisième partie de cette section rassemblait l'ensemble des discours normatifs. Ce que nous avons remarqué est le caractère extérieur de ces discours. L'aspect normatif se retrouve très rarement à l'intérieur des témoignages des parents. Dans ces moments, les thèmes principaux la confrontation aux tribunaux ou à des dilemmes fortement teintés par des valeurs spirituelles. Le discours éthique, dans la plupart des cas, est émis par des spécialistes (philosophes, éthiciens, bioéthiciens, membre du clergé) et est ajouté, par après, dans l'article, par le journaliste. Ceci, sans permettre

de tirer une conclusion forte, nous porte à suggérer que, au niveau de l'expérience de la technique, ce type de discours éthique ne trouve pas un grand écho. Comme nous le remarquons plus précisément lorsque nous analysons la place de la spiritualité, le discours normatif représente sûrement plus une source d'inspiration que de coercition.

Dans la prochaine section, nous allons revenir sur ces résultats en confrontant ces récits publics à ceux de chercheurs des sciences sociales.

Discussion

La procréatique induit une série de pratiques de responsabilité parfois contradictoires. Les couples qui s'engagent à l'intérieur de la trame procréatique mettent en place plusieurs dynamiques interactionnelles qui se chargent d'un contenu éthique. Au regard de notre question de recherche et de notre hypothèse, peut-on trouver, à travers ces pratiques, cette transparence sur laquelle repose notre hypothèse? En effet, quelle place prennent les technologies de reproduction dans la détermination de ces pratiques de responsabilité? Après avoir répondu à cette question, nous verrons la façon dont s'inscrivent nos résultats dans une perspective plus large où se croisent les éthiques féministes et l'étude des narrations d'utilisateurs de la procréatique.

Pour une éthique de la transparence?

L'hypothèse que nous avons développée au début de nos recherches s'insérait dans un cadre réflexif particulier. Notre intention était de changer la perspective éthique habituelle en déplaçant, à la manière d'une caméra, notre objectif d'une éthique prescriptive et extérieure à une éthique descriptive et intérieure. Une autre de nos motivations était de développer une éthique qui permette de sortir de l'analyse critique dichotomique classique de la procréatique qui oppose l'autonomie reproductive des parents à ce que l'on pourrait nommer l'autonomie symbolique du vivant. Avant de confronter notre hypothèse à nos résultats, nous allons la situer dans ce cadre réflexif que nous venons d'ébaucher.

Notre question de recherche était « Quelle est la perception éthique de l'expérience des technologies de reproduction par les utilisateurs de la FIV? » ou dans l'angle de notre cadre de recherche « Quelles sont les pratiques de responsabilité propres à l'utilisation des technologies de reproduction? » En d'autres termes, il s'agissait de se demander comment s'applique la théorie éthique de Margaret Urban Walker aux parents qui ont recours à la procréatique.

Notre hypothèse était que les technologies de reproduction n'entraînent pas avec elles des pratiques de responsabilité particulières. C'est-à-dire que, du point de vue des utilisateurs, il y a une transparence éthique; la technique n'est qu'un outil soumis à sa fin : la reproduction. La technique n'est rien, l'enfant est tout. Les pratiques de responsabilité des utilisateurs de la procréatique s'apparentent à celle des parents ayant recours à la reproduction sexuée habituelle, c'est-à-dire qu'elles se focalisent sur l'enfant. Sous cet angle, les utilisateurs sont en accord avec leur choix. L'autonomie de ce choix prévaut.

Cette hypothèse a quelque chose de conséquentialiste sans être issue à proprement dit d'une théorie conséquentialiste. Dans « The Principle of Agency » (1998), Rachels soutient que, s'il est possible d'obtenir quelque chose de bon « naturellement », il n'y a aucune raison de condamner l'obtention de ce même bien avec une aide extérieure. Le principe a ceci de conséquentialiste que l'action tire sa valeur morale de ses conséquences, soit, pour notre cas, le fait d'avoir un enfant. S'il y a équivalence dans les résultats, alors l'action naturelle modifiée est acceptable. Rachels reconnaît toutefois qu'il y a plus d'enjeux présents dans le cas de la FIV, mais qu'un tel principe est suffisant pour rendre la FIV acceptable. Ce que nous avons appelé une transparence éthique devient ainsi l'inadéquation éthique des moyens dans l'évaluation éthique d'une situation dont le résultat est moralement acceptable. Ainsi, la FIV et ses variantes ne sont que d'autres façons d'avoir un enfant ou, comme Kirkman (1999) le dit, qu'un choix reproductif alternatif.

Notre hypothèse et l'argument de Rachels s'opposent à un courant de pensée critique par rapport à l'utilisation des technologies de reproduction. D'après Rachels, ces critiques de la FIV (et, définitive, du clonage) peuvent être caractérisées par leur peur de l'action humaine et de son emprise sur la nature. Selon lui, cette peur repose sur un fond religieux dans lequel se brouillent les attributs de Dieu avec ceux de la nature. Ainsi, d'après ce courant, la nature serait mystérieuse et posséderait en soi une autorité morale que l'on doit respecter.

Dans ce camp, on retrouve la sociologue Louise Vandelac (1996) et la psychanalyste Isabelle Lasvergnas (1993). D'après elles, la procréatique représente une mutation de

l'espèce humaine, un nouvel outil de domination des corps par la technoscience ainsi qu'une perte de repères sociaux. Ce que cette vision présente est le contraire de la transparence. Selon Vandelac et Lasvergnas, la procréatique est chargée éthiquement. Ce que Rachels considérait comme une autre façon d'arriver à la même fin, elles le perçoivent comme une transformation et une perte quant à notre humanité. Au regard de nos résultats, nous sommes forcés d'infirmier notre hypothèse sans toutefois prendre position aux côtés de Vandelac et Lasvergnas.

Retour sur les principaux résultats

Notre hypothèse était que dans une perspective éthique parentale, l'enfant est ce qui compte le plus. Peu importe par quel procédé l'enfant est conçu, ce qui oriente l'action des parents est le fait d'avoir un enfant. Sous la perspective parentale, la finalité de l'action est ce qui la justifie. Dans les faits, cette hypothèse s'applique dans la mesure où les parents ne participent pas au processus procréatique pour le processus. Celui-ci est accessoire et sa valeur est nulle ou transparente.

Nos recherches nous permettent de remettre en question notre hypothèse initiale. Le recours à la procréatique ne doit pas être perçu sur le simple plan de la transparence éthique. Certes, il y a transparence éthique au niveau technique, mais c'est oublier l'engagement parental qui dépasse le simple aspect procédural. La technique n'est pas un monolithe éthique. Au contraire, le recours à la procréatique est transpercé de part en part par le récit quotidien du couple. Pour les parents, la technique n'est pas un objet de réflexion éthique, mais le point focal d'engagements, parfois douloureux, avec une multitude d'acteurs.

D'un point de vue médical, deux aspects doivent être considérés. Le premier concerne la conception même des technologies de reproduction assistée. Celles-ci ne doivent ni être conçues comme étant un tout ou ni comme étant une partie de ce tout. La vision qui nous apparaît la plus juste est celle d'une trame. Une technologie ne vient rarement seule. Il y a une sorte de gradation qui fait que le couple infertile désirant avoir un enfant utilise des techniques toujours plus invasives, récentes et

expérimentales. Cette conception de la procréatique en tant que trame module l'ensemble des relations tissées entre les acteurs.

Le second aspect médical qui mérite une attention toute particulière est la place du médecin. On pourrait synthétiser cette place sous la forme de trois statuts parfois contradictoires. Le médecin, détenteur d'un savoir et d'un savoir-faire, peut disparaître derrière ses manipulations pour ne devenir que l'agent déshumanisé de la technique. Il peut aussi incarner un corps professionnel, avec une culture qui lui est propre et des limites fixées quant au bien-fondé de certaines pratiques. Finalement, il peut aussi devenir le troisième membre du couple en raison de l'intimité toute particulière qu'il acquière.

D'un point de vue familial, le développement de pratiques de responsabilité inusitées est lié à l'émergence de nouvelles parentalités. Les plus frappantes sont celles associées aux nouveaux possibles induits par la procréatique : parents donneurs, mère porteuse, mère ménopausée, insémination post-mortem ; mais aussi l'apparition de l'embryon au sein de la constellation familiale en tant que construit social.

La conception de l'enfant se confond avec celle de l'embryon. Il a certes l'identité de l'embryon, mais, tant qu'il n'y a pas eu la preuve absolue d'une existence physique autonome, l'enfant demeure un projet, un rêve, un fantasme. Il n'est pas question d'une existence objective de l'enfant et des conséquences de son origine. Personne ne prend la position de l'enfant (risques, questions quant aux origines, symbolique de la création), ce qui prime c'est le désir, le vouloir-avoir un enfant. Il est sous-entendu que le fait d'avoir est l'alpha et l'oméga de toutes les pratiques de responsabilité.

Inversement, ce désir est un investissement risqué pour les parents. Il n'y a aucune garantie de réussite (pour les cas de FIV, la réussite est plutôt faible). À travers la procréatique, il y a un coût financier, physique et émotif. Poussée à bout, cette logique face à la l'échec devient un immense stress psychologique.

D'un point de vue normatif, il y a une dimension extérieure très forte. La loi, l'éthique, le religieux s'ajoutent, dans la plupart des cas, de l'extérieur, de la position

de spécialistes, placés devant les situations extrêmes et dont la tâche consiste à mesurer, encadrer, normaliser un nouveau possible. De l'intérieur, l'éthique surgit de dilemmes ou de la compassion pour le couple infertile.

En définitive, du point de vue des utilisateurs, la technique n'est pas mal en soi. Il ne s'agit ni d'une transgression symbolique, ni d'une transparence éthique. C'est avant tout une technique vécue. Sa quotidienneté doit être sa mesure. Ceci nous amène à concevoir la procréatique au-delà de la relation à double sens entre le couple et la technique. Nos résultats nous ont amené à revoir la nature de l'expérience procréatique sous la forme d'une trame et à analyser la variation des engagements physiques et émotifs en fonction de cette trame. La procréatique engage le couple de plain-pied à l'intérieur d'un domaine incertain qui entraîne le recours à des pratiques toujours plus invasives et novatrices jumelées à une hausse des risques et des inconvénients tant sur le plan social, personnel que familial. La complexité éthique de la procréatique devient donc l'incarnation au sein du couple de cet engagement pour avoir un enfant en rupture avec le mode traditionnel de reproduction.

La faiblesse de la position de Rachels découle de sa simplification excessive du processus procréatique. Comme nos résultats démontrent, la procréatique est un engagement qui dépasse sa simple formalisation en tant que « moyen ». La procréatique est une expérience en ceci qu'elle s'insère à l'intérieur de la vie d'un couple. La dégager de ce milieu « naturel », c'est passer à côté de la complexité et de l'unicité de cet engagement envers soi, l'autre et la société. En ce sens, nos résultats nous guident plus vers l'importance éthique de ce que, à la suite de Rachels, on peut nommer à tort des « moyens d'obtention d'un enfant ». Cette position, comme celle de Lasvergnas et Vandelac, oublie la dimension expérientielle de la technique.

Retour sur la littérature

Nos travaux trouvent leur écho principal dans la littérature qui touche à la procréatique à travers la recherche empirique. Il s'agit d'un corpus disparate qui rassemble plusieurs courants des sciences sociales et de la psychologie. L'approche féministe est celle que l'on retrouve le plus souvent dans ce genre d'étude. Les

faiblesses de cette approche sont l'oubli de toute conceptualisation éthique et une vision unilatérale de la procréatique centrée sur la problématique féminine. Notre position sur ce sujet concerne le développement d'une analyse éthique fondée sur l'étude de l'expérience concrète en tant que révélateur de position éthique non normative. À ce titre, on pourrait soutenir que nous appartenons au courant de l'éthique narrative. L'approche de Margaret Urban Walker courtise avec ces méthodes bien implantées dans le courant féministe toutefois en se distinguant de celles-ci. Les conséquences pratiques de ses recherches nous ont porté à orienter notre étude non pas sur l'analyse des formes narratives, mais plutôt sur les formes éthiques. Dans cette partie de la discussion de nos résultats, nous allons analyser les implications de nos recherches au regard de la littérature précédemment esquissée.

Narrations procréatiques

Notre distinction entre les formes narratives et les formes éthiques ne se veut pas arbitraire. Ce qu'elle veut saisir c'est la différence entre la façon dont se construit le discours et la manière dont celui-ci se charge d'un contenu éthique. Nous reconnaissons toutefois le lien qui unit les deux et, à ce titre, nos travaux en sont un exemple clair. La difficulté de recherches comme la nôtre est de passer de la forme narrative à la forme éthique. Dans les analyses des récits que l'on retrouve dans la littérature procréatique, la dimension éthique est toujours présente sans toutefois être formalisée comme telle.

De 1994 à 1997, la psychologue Maggie Kirkman a réalisé des entrevues avec des femmes australiennes souffrant d'infertilité. Dans « Thinking of Something to Say : Public and Private Narratives of Infertility » (2001), Kirkman présente les résultats de son analyse sur la façon dont les femmes gèrent leur récit de l'infertilité. Sa conclusion est que les femmes développent, à la fois, un discours privé pour s'expliquer à elle-même l'état dans lequel elles sont et un discours public pour expliquer aux autres pourquoi elles n'ont pas d'enfant. D'après elle, cette tension qui se crée entre ces deux formes narratives et qui cause beaucoup de stress pour les femmes s'est amplifiée depuis l'arrivée de l'AMP.

On retrouve aussi ce déchirement dans nos résultats lorsque nous écrivions que la procréatique, en plus de représenter une ouverture à l'autre, constitue un rapport de soi à soi-même. Dans nos travaux, cet autre à qui l'on doit se justifier était essentiellement le membre de la famille élargie et le groupe de soutien. Où nous voyons l'aspect bénéfique des groupes de soutien quant à l'acceptation de l'infertilité et d'accompagnement au sein de la trame procréatique, Kirkman pose un regard plus nuancé. À ses yeux, les groupes de soutien représentent aussi une obligation de justification, mais cette fois-ci par rapport à soi-même. Ce que nous avons nommé une normalisation de la technique se fait dans un processus beaucoup plus douloureux que ce que nous avons pu démontrer.

Karen Throsby défend une vision similaire de l'analyse procréatique en présentant les éléments clés du discours de femmes sur leur infertilité (2001) : (1) faire tout en son possible ; (2) désespoir ; (3) résistance ; (4) bienfaisance ; (5) consommateur sensible ; (6) fertilité ; et (7) être mère. Il y a une connotation éthique évidente à chacun de ses thèmes, toutefois le propos de Throsby se limite à leur seule présentation. Dans nos résultats préliminaires, plusieurs de ces thèmes trouvent un équivalent comme l'idée d'espoir/désespoir et celle de faire tout en son possible. Par contre, nos travaux n'offrent pas un accès aussi détaillé à l'expérience féminine. En replaçant cette expérience dans un cadre plus grand, on remarque que le récit féminin est constitué de dynamiques extérieures, comme celles du corps médical, qui ne sont pas nécessairement énoncées à travers le seul témoignage de la mère.

Les propos de Kirkman et de Throsby s'éloignent de la réflexion éthique à proprement dit pour se concentrer sur la question de la constitution des récits de vie. D'après elles, un récit de vie est une partie constituante de l'existence de chacun. Chez les femmes, le fait d'avoir un enfant est fondamental dans la constitution du récit féminin. Dans la typologie de Kirkman, il est clair que les récits que nous avons utilisés pour nos recherches sont publics. D'après elle, les médias, dont les journaux, jouent un rôle dans la construction et la dissémination des narrations publiques. Les médias ont cependant cet effet pervers : ils ont besoin de drame, de pathos, de simplification et d'exagération. C'est aussi à travers eux que se construisent des

archétypes négatifs de l'infertilité, comme, par exemple, les deux figures clichées que sont la merveille des bébés-éprouvettes et la femme infertile désespérée.

L'analyse du discours médiatique ou de ses formes narratives montre une des limites de nos recherches. En effet, ce regard biaisé de l'infertilité, et de la procréatique par le fait même, nous a échappé. Ceci permet toutefois d'expliquer la distinction que nous faisons entre les formes narratives et les formes éthiques. En concentrant nos travaux sur l'aspect éthique des pratiques de responsabilité, nos travaux se sont éloignés de l'analyse du discours en tant que tel pour privilégier le contenu des interactions et interrelations entre les différents acteurs de la procréatique. On peut cependant remarquer qu'au niveau de la trame procréatique nous avons consacré un chapitre aux premières médicales en tant que filtre incontournable de l'expérience procréatique médiatisée.

Dans un autre article écrit aussi à la suite des mêmes entrevues, Kirkman et Rosenthal s'éloignent de la façon dont se construit le discours sur l'infertilité pour aborder la question du passage à la procréatique ou à son rejet. Elles soutiennent la thèse que la technique est vue par la mère comme un instrument alternatif pour réaliser la quête d'un enfant (1999). Ce moment de la quête d'un enfant est divisé en trois étapes : la « mise en intrigue » ou la confrontation existentielle à l'infertilité; le choix de l'instrument; et l'arrêt de la quête. On peut voir dans cette suite des traces de la trame procréatique racontée dans une perspective essentiellement féminine.

Cette suite événementielle proposée par les chercheuses rejoint nos travaux et le dynamisme que nous avons tenté de leur conférer. Selon les chercheuses, il s'agit d'une des forces de l'approche narrative en science sociale en permettant de gérer une plus grande complexité. Les travaux de Kirkman et de Rosenthal participent cependant à un oubli double : celui de l'éthique et celui de la constellation des acteurs.

Féminisme et procréatique

Nos travaux ont tenté de dresser le portrait large des dynamiques éthiques possibles. Dans la littérature, cette approche demeure à contre-courant en raison de la place centrale des études féministes et de leur corollaire : la compréhension des jeux de pouvoirs dans lesquelles s'inscrivent les femmes.

Cette importance accordée à l'expérience féminine dans les études sur la procréatique nous apparaît justifiée tout en présentant une restriction évidente quant au nombre d'acteurs présents dans l'expérience procréatique. Comme nous le mentionnions dans notre section résultat, la raison principale de ce choix est que la femme est le point focal de la procréatique. « *Unlike the gender variability that may occur in other situations of a somewhat similar structure—for example, some kinds of organ transplantation—in IVF, it is always a woman who is treated for a man's deficiency.* » (Birenbaum-Carmeli, 2003) C'est sur elle que se concentre la quasi-totalité des procédures, des soins et des traitements ainsi que des inconvénients aux niveaux physique, psychologique et social. Une autre raison de ce primat du discours de la femme est liée à la conséquence méthodologique de notre précédente remarque. La femme étant le centre des pratiques, sa perspective de la procréatique devient l'objet idéal d'étude qui porte en lui l'empreinte de la totalité de l'expérience procréatique. Une autre raison découle de la valeur de cette expérience pour les études féministes. La procréatique et l'infertilité dans leur lien décisif avec la maternité représentent un aspect fondamental de la vie d'une femme et de sa détermination sociale. Dans son article, Daphna Birenbaum-Carmeli (2003) pointe un autre aspect critique de la technique en montrant comment celle-ci à un impact direct sur la vie active de la femme. L'horaire rigoureux des traitements nuit au mode de vie des femmes tant sur le plan professionnel qu'au niveau de ses loisirs. Parallèlement à ceci, nos recherches permettent de démontrer l'amplification des pratiques de responsabilité et sa conséquence sur la vie active de la mère lors des cas de grossesses multiples.

D'après la chercheuse israélienne Daphna Birenbaum-Carmeli, le débalancement sexuel que nous montrions lorsque nous affirmions que la femme est le site d'intervention alors que l'homme est limité au rôle de pourvoyeur de sperme renvoie

à un autre aspect de ce pouvoir exercé sur le corps de la femme. Ce pouvoir est celui des appareils sophistiqués manipulés par des experts de haut savoir sur le corps passif de la femme. Sur ce point qui se rapproche de l'analyse de Lasvergnas et de Vandelac, nos recherches tendent à être moins catégoriques. Notre vision du corps médical et de ses responsabilités est beaucoup plus vaste. Il y a certes l'aspect technocratique et hyper spécialisé de la profession, mais à celui-ci s'ajoute la rencontre individuelle avec cet autre dont la nature de son rapport est plus celui d'un conseiller qui ouvre le couple à l'univers procréatique et qui offre des outils aux parents pour réaliser leur projet familial. On retrouve aussi l'aspect plus intime et plus ambigu du médecin qui devient le troisième membre du couple en tant que support technique. Finalement, il y a l'aspect médical du corps professionnel qui rend le médecin redevable et critiquable au regard d'une institution sociale et politique.

L'article de Birenbaum-Carmeli présente une mise à jour des positions féministes sur la procréatique. Sa force et son lien avec notre travail sont de dépasser l'émoi qui a suivi les premières médicales pour présenter la technologie dans sa durée. Depuis les débats suscités par l'arrivée de la FIV dans les années 80, les technologies de reproduction, et plus spécifiquement la FIV, ont été normalisées et ont été assimilées au niveau de la routine. La thèse de cet article surmonte la critique féministe d'aliénation féminine par la technique pour prendre en compte les transformations sociales des vingt-cinq dernières années. Sa thèse est que, en dépit de la mobilisation de ces techniques pour une continuité sociale du rôle traditionnel de subordination de la femme, la procréatique peut être aussi porteuse de changements sociaux à travers le développement des droits des femmes.

Nos travaux nous forcent à élargir la vision du corps familial présentée par les approches féministes. Le père est aussi un des acteurs principaux de la procréatique. Il subit aussi une sorte d'aliénation dans la dissolution de son apport en tant que simple pourvoyeur de flacons de sperme. Inversement, au sein du couple, son rôle est tout aussi important dans la détermination du projet reproductif et dans le soutien de sa conjointe tant sur le plan médical que moral. L'enfant est un autre acteur familial absent dans l'analyse féministe. Dans les récits, la valeur principale de l'enfant est

celle du projet, du désir ou du rêve. C'est un enfant projeté dont l'existence paradoxale apparaît avec l'apparition de l'embryon dans la boîte de pétri. Il porte en lui une responsabilité prospective mais aussi un engagement envers un désir porté par ses futurs parents.

La thèse de Birenbaum-Carmeli rejoint le conflit propre à la procréatique dont mentionnait Aline H. Kalbian (2005). Il y a, d'un côté, la FIV et ses variantes comme parties de ces technologies qui remettent en question les structures des relations sociales et les fondements de notre compréhension de la réalité sociale. Au niveau scientifique, une des implications de la FIV est la montée de l'embryologie aux dépens de l'étude des causes de l'infertilité et de sa prévention. Socialement, son coût et ses implications matérielles continuent à perpétuer, dans une autre sphère de la vie, les inégalités sociales entre les femmes de différentes classes. Dans une perspective féministe, la FIV renforce l'impératif biologique d'avoir un enfant tout en augmentant le pouvoir des hommes et des fœtus. Elle est aussi marquée par un climat de promotion de la parentalité biologique au profit de voies alternatives. La technique renforce les rôles traditionnels, la formation de la famille et les relations de pouvoir entre les sexes. En définitive, sous cet angle, la FIV est une autre sorte de biopouvoir qui opère dans un contexte technique de normalisation et de contrôle.

Face à ce contrôle de la femme par la technique, de l'autre côté, il y a le développement des droits des femmes et l'arrivée de groupe de soutien, comme Resolve, dont le but de redonner aux parents les outils d'évaluation de la technique. Ces efforts visent à diminuer le pouvoir des médecins et le pouvoir silencieux de la technique. En informant et en conseillant les gens infertiles, les groupes de soutien permettent aux femmes d'être plus conscientes des procédures et des engagements liés à chacune de celles-ci. Cette autre facette de la réalité actuelle procréatique vient renforcer la position d'autonomie reproductive. En ce sens, l'autonomie devient la capacité de faire un choix éclairé.

On retrouve cette même vision de l'autonomie reproductive dans l'article de Thomas Søbirk Petersen (2004). Cette approche de l'autonomie met en valeur plusieurs points intéressants, mais, à la suite de nos travaux, nous sommes forcés de refuser cette

vision de l'autonomie. D'après nos résultats, cette conception n'est pas en mesure de prendre en compte l'incertitude même du projet et le fait que l'éthique parentale se développe tout au long de la trame procréatique. Dans la perspective des tenants de l'autonomie reproductive, cette incertitude peut être surmontée par l'éducation des parents. À nos yeux, il s'agit de conditions idéales de l'autonomie qu'on ne rencontre pas dans les faits.

À nos yeux, c'est l'ensemble de la distinction présente dans l'article de Birenbaum-Carmeli entre autonomie (le contrôle de la technique par les parents) et hétéronomie (le contrôle des parents par la technique) qui doit être dépassée par une vision plus conflictuelle et plus incarnée. En accord avec Kalbian (2005), nos résultats tendent à présenter une vision plus faible de l'autonomie et de l'hétéronomie. D'après Kalbian, un individu autonome est aussi un individu social et son identité repose à l'intérieur d'un contexte qui se tisse à travers sa relation aux autres.

Sous cet angle, on voit bien comment une éthique de l'autonomie néglige l'apport d'acteurs extérieurs et comment une éthique de l'hétéronomie occulte la valeur de l'individu dans la détermination de son existence. Ceci montre aussi les limites, voire la contradiction d'une approche féministe de la procréatique centrée sur la femme. L'oubli des autres acteurs, comme le père, l'enfant, l'embryon, le médecin, les parents donneurs, dans la constitution de l'expérience procréatique nuit à la compréhension du phénomène. Ainsi, des recherches comme celles de Kirkman, malgré le même souci que le nôtre d'expliquer la technique en action, présente une vision partielle de la procréatique.

Penser l'engagement

L'originalité de notre analyse des pratiques de responsabilité est de créer une réflexion éthique sur la technique en contexte. Ce qui ressort de cette analyse est le caractère vécu des techniques de procréation et ses répercussions au niveau éthique et théorique. La procréatique ne peut être vue de façon atomisée, coupée de la toile de liens qui unissent les utilisateurs et autres acteurs entre eux. C'est en ce sens que l'on parle d'une technologie incarnée.

L'expérience parentale couplée à son expérience éthique doit ainsi être vue comme un engagement qui peut se décomposer de plusieurs façons. Il y a l'engagement dans la durée qui porte les parents à travers la trame procréatique. Il y a l'engagement envers l'autre, parent donneur, personnel médical. L'engagement envers soi-même est sûrement le plus complexe de tous. Il rassemble d'un même trait le désir, le projet d'avoir une famille et l'engagement physique. Il y a finalement des engagements intermédiaires au sein du couple et de la famille à travers l'enfant.

Sous cet angle, l'idée d'engagement doit être vue en opposition avec l'idée de choix rationnel et autonome. L'engagement procréatique envers un projet familial vient saisir la complexité éthique de situations dont l'évaluation ne peut être faite qu'une fois vécue. Ce renversement a pour but de mettre en valeur tout le caractère incertain de la procréatique. Ce qui entraîne un couple à l'intérieur de la trame procréatique, c'est le désir d'avoir un enfant. Comme nous l'avons vu, l'actualisation de ce désir est incertaine dans la mesure où rien ne garantit l'arrivée de l'enfant ainsi que les opérations à travers lesquelles le couple devra passer.

L'idée d'engagement vient aussi montrer la densité des liens qui se créent avec le corps médical et avec les extensions familiales. La procréatique met en place tout un réseau d'interrelations reproductives qui donne corps au projet. Une action seule, atomisée, ou une technique séparée de ses utilisateurs peuvent être éthiquement analysées en fonction de leurs intentions constitutives et de leurs finalités. Une opération sociale de la nature des récits procréatiques demandent un autre type d'analyse beaucoup plus complexe où l'action s'insère à l'intérieur d'un tout expérientiel plus vaste qui combine une signification existentielle à un ordre social. C'est de cette tension, entre ces deux ordres, qu'émerge l'expérience bioéthique de la technique.

Limites du projet

Voir les pratiques de responsabilité procréatique sous l'angle de l'engagement n'est sûrement qu'une vision parmi tant d'autres du même phénomène. Malgré tout, c'est vers lui que nos recherches nous ont conduit. On peut voir cependant deux limites

méthodologiques à nos travaux : une quant à l'objet et l'autre quant au cadre théorique.

Comme Margaret Urban Walker le notait dans son livre, il y a une difficulté à passer d'une éthique descriptive à une éthique prescriptive. C'est le même constat auquel arrivent Yvette Lajeunesse et Lukas K. Sosoe dans leur livre *Bioéthique & culture démocratique* (1996). D'après eux, la bioéthique et les éthiques féministes sont apparues pour régler les problèmes liés au relativisme inhérent aux sociétés démocratiques. Le problème est que ces éthiques n'ont pas réussi à lutter contre ce relativisme et se sont bornées à en être le simple constat.

Le corollaire de cette analyse peut aussi être vu comme une des limites de notre travail. D'après les auteurs, la conséquence de ces éthiques a été la création d'une expertise bioéthique qui s'est substituée de façon antidémocratique au sens commun. L'oubli majeur de ces éthiques serait donc celui du contenu et de la nature démocratique de nos sociétés.

Nos recherches trouvent aussi comme limite la question du traitement de la procréatique par les médias. Notre échantillon s'étant construit à partir de récits médiatisés, le reproche qu'on peut nous faire est de ne pas avoir mis en valeur la nature et les déterminants propres à ce type de discours. Ajouter à notre analyse éthique une analyse du discours aurait pu nous aider à neutraliser certains biais propres à notre échantillon. La critique du discours médiatique de Birenbaum-Carmeli (2003) présente la disparité de traitement médiatique entre, d'une part, l'hypermédiatisation des produits miracles et des échecs, et, d'autre part, l'absence de couverture médiatique pour les groupes qui en auraient le plus besoin : les femmes pauvres, monoparentales et lesbiennes. D'après la chercheuse israélienne, les médias participent aussi à la normalisation des pratiques tout en présentant des rôles clichés de femmes infertiles auxquels le public s'identifie.

Ces limites, sans représenter des écueils pour nos recherches, pointent des lieux de complémentarité future. On peut se demander si nous aurions pu avoir une vision aussi large du phénomène si nous n'avions pas surmonté ces biais?

Conclusion de la section

Nos résultats nous ont conduits à rejeter à la fois les théories de l'autonomie et de l'hétéronomie reproductive. Le sens et la valeur de la procréatique doivent plutôt être cherchés dans la confrontation de la famille, du corps médical et de l'éthique. Dans cet espace discursif où se croisent les approches narratives et féministes, nos travaux avaient ceci d'original pour les approches narratives qu'il délaissait la construction du discours pour la construction de l'éthique et pour l'éthique féministe qu'il ouvrait l'analyse à l'ensemble des acteurs qui gravite autour de la mère.

Conclusion

Dans cette étude, nous avons analysé l'expérience éthique des utilisateurs de la procréatique à travers les récits médiatisés des vingt dernières années. Nous avons vu que cette approche était encore peu développée dans les disciplines maîtresses desquelles elle émerge. Au niveau de la bioéthique, le point de vue des utilisateurs réclame une éthique autonome plutôt qu'hétéronome. Pour les études féministes, l'expérience éthique demande une perspective plus large que celle uniquement féminine. Du point de vue des études narratives, il doit y avoir un resserrement sur l'éthique plutôt que les formes narratives. Notre premier objectif était de développer un nouveau regard éthique sur la procréatique qui soit en accord avec la réalité sociale de la procréatique, c'est-à-dire une technique normalisée dans son usage tout en étant controversée. Notre second objectif, pour arriver à cette fin, était de prendre en compte la perspective des utilisateurs habituellement occultée dans la réflexion critique sur la technique.

Nos résultats nous ont permis de mettre en valeur deux aspects fondamentaux de l'étude de la procréatique que sont la constellation familiale et la trame procréatique. C'est sur cette base que se déploient et se modulent les pratiques de responsabilité. De la somme de pratiques parfois contradictoires, nous avons remarqué que les pratiques d'engagement sont centrales dans l'expérience de la procréatique. Elles arrivent à saisir l'incertitude constitutive de la procréatique et les efforts tant individuels que sociaux des parents pour arriver à leur fin. C'est ainsi qu'on peut affirmer que l'expérience éthique de la procréatique n'en est pas une de transparence, ni d'aliénation, mais d'engagement dans un projet exigeant dont la finalité est incertaine tant biologiquement qu'existentiellement et soumise au doute perpétuel de la technique et du désir de sacrifices toujours plus grands.

Dans la littérature, les approches narratives s'approchent le plus de cette vision de la complexité. Les autres approches plus théoriques retombent plus facilement dans la dichotomie ou s'opposent contrôle des parents par la technique et contrôle de la technique par les parents. On peut espérer que notre vision complexe d'un

phénomène éthique ne tombe pas dans l'écueil relativiste ébauché par Lajeunesse et Sosoe en devenant une réflexion sur l'autonomie et non l'hétéronomie.

Cette recherche ouvre plusieurs voies de recherches. Les deux principales que nous voyons sont celle de développer des outils herméneutiques pour pouvoir pousser la réflexion légale et politique sur la procréatique en accord avec l'expérience parentale ; la seconde voie, plus méthodologique, serait de pousser la réflexion sur les prémisses théoriques de ce type d'analyse expérientielle. En effet, quelle place devrait occuper l'éthique naturaliste en bioéthique? Quelle est sa capacité à renouveler la réflexion bioéthique en opérant un retour à l'expérience?

Sources documentaires

- ASRM. (2005). International Numbers on Assisted Reproduction Released: American Society For Reproductive Medicine.
- Birenbaum-Carmeli, D. (2003). Contextualizing a Medical Breakthrough an Overview of the Case of IVF. *Health Care for Women International*(24), 591-607.
- Breton, P. (2005, Dimanche 1er mai). Parents cherchent ovules. *La Presse*, pp. 1-2.
- Buzetti, H. (2005, Samedi 29 et dimanche 30 octobre). Les banques canadiennes de sperme sont à sec. *Le Devoir*, pp. 1, 12.
- Ginsburg, F., & Rapp, R. (1991). The Politics of Reproduction. *Annual Reviews of Anthropology*, 20, 311-343.
- Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : théorie, pratique et évaluation. In Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer & Pires (Eds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 341-364). 1997: Gaëtan Morin Éditeur.
- Humeau, C., & Arnal, F. (2003). *La procréatique. Les biotechnologies de la reproduction humaine*. Montpellier: Sauramps Médical.
- Kalbian, A. H. (2005). Narrative Artifice and Women's Agency. *Bioethics*, 19(2), 93-111.
- Kirkman, M. (2001). Thinking of something to say: public and private narratives of infertility. *Health Care Women Int.*, 22(6), 523-535.
- Kirkman, M., & Rosenthal, D. (1999). Representations of reproductive technology in women's narratives of infertility. *Women Health*, 29(2), 17-36.
- Lajeunesse, Y., & Sosoe, L. K. (1996). *Bioéthique & culture démocratique*. Montréal: Harmattan.
- Lasvergnas, I. (1993). L'unheimliche de la procréatique humaine. *Trans*, 2, 107-125.
- Longo, G. O. (2003). Body and Technology: Continuity of Discontinuity. In L. Fortunati, R. Riccini & J. E. Katz (Eds.), *Mediating the Human Body. Technology, Communication and Fashion* (pp. 23-29): Lawrence Erlbaum Associates.
- Malek, J. (2006). Identity, Harm, and the Ethics of Reproductive Technology. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 31(1), 83 - 95.
- Mauss, M. (1950). Les techniques du corps. In Presses & U. d. France (Eds.), *Sociologie et Anthropologie*. Paris.
- Nicholas, B. (2001). Exploring a Moral landscape: Genetic Science and Ethics. *Hypatia*, 16(1), 45-63.
- Perreault, M. (2005, Dimanche 29 mai). Une jeune maman de 72 ans. *La Presse*, p. 2.
- Perron, S. (2006). Des bébés sur mesure: Radio-Canada.
- Petersen, T. S. (2004). A Woman's Choice? - On Women, Assisted Reproduction and Social Coercion. *Ethical Theory and Moral Practice*, 7, 81-90.
- Pidgen, C. R. (1991). Naturalism. In P. Signer (Ed.), *A Companion to Ethics* (pp. 421-432). Oxford: Blackwell Publishers.
- Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. In Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer & Pires

- (Eds.), *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*: Gaëtan Morin.
- Rachels, J. (1998). The Principle of Agency. *Bioethics*, 12(2), 150-161.
- Roegiers, L. (2003). Assistance médicale et responsabilité parentale prénatale. *Louvain Médical*, 122.
- Throsby, K. (2001). *'No-one will ever call me mummy': making sense of the end of IVF treatment*. London: London School of Economics.
- Vandelac, L. (1996). Technologies de la reproduction ; l'irresponsabilité des pouvoirs publics et la nôtre... *Sociologies et sociétés*, 28(2), 59-75.
- Walker, M. U. (1998). *Moral understandings : a feminist study in ethics*. New York: Routledge.

Échantillon

Code de citation	Référence
86-11-10	Armstrong, L. (1986). An infertile couple's search for a remedy gives birth to heartbreak and anger, but also hope. <i>People Weekly</i> , 26, 114-118.
87-06 A	Colt, G. H. (1987). Science and surrogacy;: searching for a biological child on the high-tech frontier. <i>Life</i> , 10, 36-37.
87-06 B	Colt, G. H. (1987). One story with a happy ending one story with a happy ending. <i>Life</i> , 10, 38.
88-05-30	Greenwald, J. (1988). Up against a gang of five; Michele and Ray L'Esperance raise America's first in vitro quintz with a mixture of joy and exhaustion. <i>People Weekly</i> , 29(21), 46-49.
90-11-05	Chu, D. (1990). A judge ends a wrenching surrogacy dispute, ruling that three parents for one baby is one mom too many. <i>People Weekly</i> , 34-35(18), 143.
90-11-12	Rosen, M. (1990). Turning back the biological clock, Barbara Strong gives birth after menopause - with a donated egg. <i>People Weekly</i> , 34(19), 115-116.
92-05-18	Schneider, K. S. (1992). Birth at 52. (post-menopausal mother). <i>People Weekly</i> , 37(19), 101.
92-10-26	Now they are one: it's birthday time for the twins Arlette Schweitzer bore for her daughter. (1992). <i>People Weekly</i> , 38(17), 165.
96-10	Shacochis, B. (1996). Missing children: one couple's anguished attempt to conceive. <i>Harper's Magazine</i> , 293(1757), 55-64.
98-02-02	Foote, D. (1998). And baby makes one: in a bizarre clash of the law and fertility techniques, Jaycee is a child without a parent. <i>Newsweek</i> , 131(5), 68-69.
98-10-12	Miracle Babies.(Invitro fertilization). (1998). <i>People Weekly</i> , 50(13), 62-66.
99-04-19	Jerome, R. (1999). Life From Death: Four years after she lost her husband, Gaby Vernoff gives birth to the first known child

conceived with a dead man's sperm. *People Weekly*, 51(14), 60-61.

- 00-03-10** McGovern, C. (2000). New reproductive technology : woman has baby from dead husband's sperme. *Alberta Report*, 26(51), 52.
- 00-04-24** Ko, M. (2000). Sophie's choice.(issues concerning multiple births through assisted reproduction). *Alberta Report*, 26(52), 36-38.
- 01-08-13** When Dad is a Donor: As more single women conceive children through artificial insemination, stigmas and secrecy are falling away. (2001). *Newsweek*, 46-47.
- 02-03-04** Priest, L. (2002, March 4). One couple's tough decision: after agonizing, Mississauga parents opt to offer others their gift of life. *Globe & Mail*.
- 04-10-11** Horsburgh, S. (2004). Miracle babies. *People Weekly*, 62(15), 112-116.
- 04-10-20** Schindehette, S. (2004). Almost Identical. *People Weekly*, 204-205.

Annexe 1 : Liste de termes de recherche

Français	Anglais	Définition du <i>Grand dictionnaire terminologique</i> (1) ⁱ
<i>Assistance médicale à la reproduction</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - procréation assistée - procréation artificielle - procréation médicalement assistée - assistance médicale à la reproduction * - assistance médicale à la procréation * - PMA (abrév.) * - AMP (abrév.) * 	<ul style="list-style-type: none"> - human assisted reproduction 	Technologie qui englobe toutes les nouvelles techniques de lutte contre la stérilité (FIV, GIFT et insémination artificielle, principalement) appelée fécondation artificielle, ainsi que le diagnostic et la prévention de maladies d'origine génétique.
biologie ⁱⁱ		
<ul style="list-style-type: none"> - technologie de reproduction* - nouvelles technologies de reproduction * - NTR * 		
- procréatique *		
- procréation	- procreation	Action de se reproduire, chez l'espèce humaine.
<i>Fécondation in vitro et techniques liées</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - Fécondation in vitro - FIV (abrév.) 	<ul style="list-style-type: none"> - In vitro fertilization - IVF (abrév.) - Fertilization in vitroⁱⁱⁱ 	La fécondation in vitro a pour but de permettre la rencontre entre l'ovule et les spermatozoïdes en dehors du corps de la femme puis, un à trois jours plus tard, de placer dans l'utérus de cette même femme le jeune embryon obtenu pour qu'il puisse s'y développer.
biologie		
<ul style="list-style-type: none"> - Fécondation in vitro et transfert d'embryon - Fécondation in vitro et transfert embryonnaire - Fivete (abrév.) - fivete (abrév.) 	<ul style="list-style-type: none"> - in vitro fertilization and embryo transfer - in vitro fertilization and embryo-transfer - FIVET (abrév.) 	
médecine (2)		
<ul style="list-style-type: none"> - transfert intubaire des gamètes - GIFT 	<ul style="list-style-type: none"> - gamete intra fallopian transfer - GIFT 	Consiste à déposer les ovules récemment prélevés et le sperme (frais ou congelé) dans les ampoules tubaires, l'ensemble des opérations ayant lieu pendant la même intervention chirurgicale de recueil ovocytaire.
biologie		
<ul style="list-style-type: none"> - insémination artificielle - insémination 	<ul style="list-style-type: none"> - artificial insemination - insemination 	Technique de procréation assistée consistant à introduire du sperme dans la cavité utérine sans qu'il y ait de rapport sexuel. Chez l'humain, on a recours à l'insémination artificielle généralement dans les cas d'infertilité masculine ou en l'absence d'un
biologie		

		<p>conjoint.</p> <p>À quelques détails près, notamment d'un point de vue éthique, cette technique est à peu près la même chez les humains et chez les animaux d'élevage. Le terme insémination artificielle s'applique tant aux uns qu'aux autres.</p> <p>Dans l'usage, la forme elliptique insémination (en anglais, insemination) est fréquemment employée pour désigner cette notion.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - insémination artificielle avec sperme de donneur - insémination artificielle avec donneur - insémination artificielle par donneur - insémination hétérologue - IAD (abrév.) <p>biologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - artificial insemination by donor - donor insemination - heterologous insemination - AID (abrév.) 	<p>Technique de procréation médicale assistée consistant à introduire, dans la cavité utérine, du sperme provenant d'un donneur généralement anonyme sans qu'il y ait de rapport sexuel.</p>
<i>Le clonage</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - clonage <p>biologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - cloning 	<p>Moyen naturel ou artificiel de reproduction cellulaire asexuée à partir d'un individu originel unique, aboutissant à la formation de clones.</p> <p>Les cellules ou organismes ainsi issus d'un ancêtre commun sont tous génétiquement identiques.</p> <p>Cette définition est souvent étendue à la technique par laquelle des fragments d'ADN étranger intégrés dans une molécule vectrice sont amplifiés dans un clone cellulaire. Par extension, on parle alors de « clonage de l'ADN », « clonage moléculaire » et « clonage de gènes », qui sont des expressions très répandues et irréversiblement entrées dans le jargon scientifique du domaine de la génétique moléculaire.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - clonage reproductif <p>biologie zootechnie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - reproductive cloning 	<p>Clonage effectué dans le but de fabriquer une copie génétiquement conforme d'un être humain ou d'un animal à partir de cellules souches d'un même individu.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - clonage thérapeutique <p>biologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - therapeutic cloning 	<p>Clonage effectué dans le but de créer une réserve de cellules souches d'un même individu pour une utilisation ultérieure à des fins de régénérescence tissulaire ou organique absente d'incompatibilité tissulaire et, par conséquent, de phénomène de rejet.^v</p>
<i>Autres termes^{vi}</i>		
<p>Majoration^{vii*} Enchérissement^{viii*}</p>	<p>enhancement</p>	

Expérience* Récit* Témoignage*	Narratives*	
- infertilité - stérilité - infécondité	- infertility Biologie - sterility Médecine - infecundity Psychologie	
	- Reproductive technology*	
- consultation externe de fertilité	- fertility clinic - sterility clinic	Après consultation auprès du Dr Jacques Boulay nous avons retenu le terme consultation externe de préférence au terme clinique qui désigne un hôpital privé de petites dimensions.
	- Embryo Transplantation*	
	- Medical technology *	

* Terme que l'on retrouve dans la littérature mais qui n'existe pas dans le Grand dictionnaire terminologique de l'OLFQ.

ⁱ Adresse : <http://www.olf.gouv.qc.ca/ressources/gdt.html>. Visitée le 22 août 2005.

ⁱⁱ Les mots en gras correspondent au champ dans lequel les termes sont utilisés.

ⁱⁱⁱ Terme suggéré par le lexique du CPI.Q

^{iv} Ce clonage peut être effectué à partir de cellules souches adultes reprogrammées pour devenir totipotentes, c'est-à-dire capables de former un embryon complet, ou à partir de cellules souches embryonnaires de plus de 6 jours et de moins de 14 jours. Cependant, les cellules souches adultes sont difficiles à trouver et à extraire, contrairement aux cellules souches de l'embryon au stade de développement du blastocyste, soit 6 jours après la fécondation. Des équipes chinoises seraient parvenues à obtenir, de façon reproductible, des embryons humains clonés susceptibles de se développer jusqu'au stade des blastocystes, et donc d'être la source de cellules souches embryonnaires. Ces cellules souches embryonnaires indifférenciées au nombre de cent environ, soit les blastocytes, extraites d'un embryon génétiquement identique au patient permettraient de résoudre le problème d'incompatibilité tissulaire. Avant d'en arriver à des applications thérapeutiques des blastocytes, il faudra avoir résolu le problème lié aux cellules souches embryonnaires qui ont une propension, lorsqu'elles ne sont pas différenciées, à donner un type de cancer, un tératome. La transplantation de telles cellules embryonnaires indifférenciées à une personne peut déclencher l'apparition d'une tumeur embryonnaire.

^v La section «autres termes» tente de trouver de façon plus rigoureuse des équivalents aux termes connexes à ma recherche. Cette section mériterait d'être plus approfondie.

^{vi} Équivalent suggéré par le dictionnaire français-anglais Robert & Collins senior (1993).

^{vii} Terme suggéré par le projet ARTFL. The ARTFL Project and MICRA, Inc. are developing Webster's Revised Unabridged Dictionary (G & C. Merriam Co., 1913, edited by Noah Porter). (Institute National de la Langue Française, CNRS and the Divisions of the Humanities and Social Sciences of the University of Chicago). Base de données de mots traduits à partir du français ou de l'anglais.

Annexe 2 : Tableaux des références tirées de la base de données Repèreⁱ

#	Mots-clés	Source	Titre de l'article et auteur	Accès au document	Sommaire
1	- assistance médicale à la reproduction - AMP (abrév.) (11 résultats)	Revue de l'infirmière	AMP et FIVETTE : deux infirmières au coeur de l'action / Jean-Marie Manus.	no 63, sept. 2000, p. 14-15	Rencontre avec deux infirmières oeuvrant dans un centre d'assistance médicale à la procréation, au sujet des particularités de cette pratique.
2		Sociologie et sociétés	L'expérience de l'infertilité féminine vécue sous assistance médicale / Françoise-Romaine Ouellette.	vol. 20, no 1, avril 1988, p. 13-32	Résultats d'une recherche auprès de 32 Québécoises suivies en clinique de fertilité; raisons pour lesquelles elles adhèrent à la solution médicale malgré les difficultés et les risques sérieux qu'elle comporte souvent.
	- assistance médicale à la procréation - PMA (abrév.) (32 références) * ii				
	- clonage (216 résultats) ⁱⁱⁱ				
	- clonage reproductif (14 références)				
	- clonage thérapeutique (37 références)				
	- consultation externe de fertilité (0 référence)				
	- enchérissement (0 référence)				
3	- Fécondation in vitro - FIV (abrév.) (162 références)	Québec science	Une affaire de famille! / Jean-Pierre Rogel.	vol. 40, no 2, oct. 2001, p. 19	L'histoire rocambolesque de la fécondation in vitro aux Etats-Unis d'une Française de 62 ans par son frère; les aspects éthiques, moraux et légaux liés à cette reproduction assistée.
4		Parents	"Notre combat pour donner la vie" / Elisabeth de La	no 321, nov. 1995, p. 66-70	Les difficultés d'ordre psychologique que vivent les parents qui

			Morandière.		ont recours à la fécondation in vitro; témoignages.
5		Parents	Les bébés-éprouvette / Françoise Planiol.	no 299, janv. 1994, p. 46-49	L'état de santé des enfants conçus avec l'aide de la médecine; les relations parent-enfant dans ces familles; la fatalité des grossesses multiples.
6		Vie	Ils cultivent les graines de bébé / Philippe Demenet, Aimé Savard, Bertrand Révillion.	no 2485, 15 avril 1993, p. 18-25	Dossier: la technique de la fécondation in vitro; les autres techniques de procréation médicalement assistée; témoignages de médecins et de patientes; l'aspect éthique; entrevue avec le président François Mitterrand sur le rôle du Comité national d'éthique et le débat sur la bioéthique en France.
7		Infirmière canadienne	La maternité à tout prix / Danielle Beaudoin, Micheline Marquis, Diane Tailleux, Colette Gendron.	vol. 89, no 3, mars 1993, p. 41-45	Les raisons qui amènent les femmes à recourir à la fécondation in vitro; informations sur cette technique; les risques encourus; l'intervention infirmière.
8		Etudes	La procréation médicalement assistée : témoignages et questions / Françoise Lefebvre.	t. 374, mai 1991, p. 615-622	
9		Parents	Maman grâce à un don d'ovule / Christian Rayr.	no 259, sept. 1990, p. 46-50	Le cas de femmes stériles qui sont devenues mères grâce à un don d'ovules et à la fécondation in vitro.
10		Actualité	Une histoire normale / Hélène Roy.	vol. 12, no 6, juin 1987, p. 70-74	Récit de la conception et de la naissance d'Audrey, premier bébé né d'une fécondation in vitro à Montréal.
11		Parents	Emma et Rebecca, jumelles nées à 16 mois d'intervalle / Catherine Singer.	no 202, déc. 1985, p. 38-41	Un exploit dans le domaine de la reproduction humaine, réalisé par une équipe

					médicale australienne grâce à la fécondation in vitro et à la congélation des embryons; témoignage des parents.
12		Parents	J'attends un bébé-éprouvette / Muriel Gaudin.	no 198, août 1985, p. 60-63	Récit de la Française Claudie Barbe sur les obstacles qu'elle a vaincus pour attendre un deuxième enfant.
13		Paris match	Corinne : enfin l'espoir / Louis Valentin.	no 1857, 28 déc. 1984, p. 34-37	Récit des événements qui ont conduit Corinne Richard à être inséminée avec le sperme de son mari mort depuis un an.
14		Parents	Corinne : le droit à l'éternel amour / Jean V. Manevy.	no 187, sept. 1984, p. 80-85	Récit de l'expérience vécue par Corinne Richard qui a gagné le droit de se faire faire un enfant grâce à l'insémination du sperme de son époux décédé.
15		Parents	Les jumeaux-éprouvette français / Catherine Singer.	no 185, juill. 1984, p. 44-51	Récit de la naissance de ces bébés.
16		Parents	Le premier bébé congelé du monde : Zoé / Catherine Singer.	no 184, juin 1984, p. 66-75	Récit de la naissance de Zoé Leyland.
17		Paris match	Les bébés du défi / Robert Serrou.	no 1817, 23 mars 1984, p. 40-48	Des bébés français nés suite à la fécondation effectuée en laboratoire; cas de femmes portant un enfant en faveur d'une autre.
18		Châteline	La procréation, version 1984 / Catherine Lord.	vol. 25, no 3, mars 1984, p. 51-58	Entrevue avec Geneviève Delaisi de Parseval, psychanalyste, sur les couples et les raisons qu'ils ont de vouloir un enfant, les sentiments qu'ils éprouvent suite à leur impuissance et les moyens qu'ils prennent pour combattre l'infertilité.
19		Paris match	Nos premiers jumeaux éprouvette / Noelle Namia.	no 1795, 21 oct. 1983, p. 40-45	Récit illustré de la naissance de ces jumeaux dans un hôpital de France.

20		Parents	J'attends des jumeaux-éprouvette / Jo Smith. Récit vécu.	no 159, mai 1982, p. 158-161	
21		Paris match	Le roman de notre bébé éprouvette / Dominique Eudes.	no 1711, 12 mars 1982, p. 38-51	Reportage sur la fécondation "in vitro".
22		Paris match	Les premiers jumeaux-éprouvette du monde.	no 1675, 3 juill. 1981, p. 74-77	Nés en Australie en juin 1981.
	- Fécondation in vitro et transfert d'embryon - Fécondation in vitro et transfert embryonnaire - Fivete (abrév.) - fivete (abrév.) (3 références)*				
	- infécondité (4 références)**				
23	- infertilité (62 références)	Parents	Infertilité : quand elle touche les hommes / Didier Lévy.	no 411, mai 2003, p. 92-93	Quatre témoignages.
24		Nouvel Observateur	Les croisés de l'infertilité : prêts à tout pour combler leur désir d'enfant / Sophie Des Déserts.	no 1933, 22 nov. 2001, p. 38-41	Enquête sur les diverses facettes de la bataille des couples infertiles qui ont recours aux technologies de la reproduction en France.
25		Femme plus	Bébés sur mesure : jusqu'où irons-nous? / Béatrice Richard.	vol. 13, no 10, nov. 2000, p. 16-20	Aspect psychologique de l'infertilité; risques associés à la procréation assistée; conséquences psychologiques, sociales et médicales à long terme du recours aux nouvelles technologies de reproduction; questions éthiques soulevées.
26		Panorama	"L'absence d'enfant déstabilise notre couple" / Isabelle Vial.	no 359, oct. 2000, p. 56	Quelques pistes pour ouvrir le dialogue sur l'infertilité au sein du couple
27		Elle Québec	Un enfant à tout prix / Sylvie Halpern.	no 127, mars 2000, p. 84-88	Aspect psychologique de l'infertilité; les difficultés rencontrées par les couples qui font appel à la médecine

					pour réussir à avoir un enfant.
28		Sociologie et sociétés	L'expérience de l'infertilité féminine vécue sous assistance médicale / Françoise-Romaine Ouellette.	vol. 20, no 1, avril 1988, p. 13-32	Résultats d'une recherche auprès de 32 Québécoises suivies en clinique de fertilité; raisons pour lesquelles elles adhèrent à la solution médicale malgré les difficultés et les risques sérieux qu'elle comporte souvent.
29		Gazette des femmes	Stérilité : jusqu'où faut-il aller pour avoir un enfant? / Gloria Escomel.	vol. 8, no 1, mai-juin 1986, p. 11-20	Causes, diagnostic et traitement de l'infertilité; la surmédicalisation du processus de fécondation; les frustrations des couples traités pour infertilité; témoignages vécus.
30		Gazette des femmes	Le drame de l'infertilité / Hélène De Billy.	vol. 5, no 3, sept.-oct. 1983, p. 12	Problèmes psychologiques liés à l'infertilité; conséquences sur la vie sexuelle du couple.
31	- insémination (109 références) - insémination hétérologue - insémination artificielle	Parents	Traitements contre l'infertilité : jusqu'où peut-on aller? / Françoise Planiol, Isabelle Thomas.	no 370, déc. 1999, p. 76-82	Limites et risques associés à diverses techniques: stimulation de l'ovulation, insémination artificielle, fécondation in vitro et injection intra-cytoplasmique de spermatozoïdes; témoignages de parents.
32		Etudes	Un droit à l'enfant? / Bruno Jeandidier.	T. 363, oct. 1985, p. 357-360	Témoignages sur la stérilité, l'insémination artificielle et la procréation assistée.
33		Psychologies	Faire un enfant autrement / Marianne Gomez.	no 22, mai 1985, p. 22-26	Examen du retentissement psychologique sur la mère et sur l'enfant à venir des diverses méthodes de reproduction.
34		Paris match	Deux mères pour un bébé : le face-à-face / Philippe Ledru.	no 1870, 29 mars 1985, p. 38-41	Rencontre entre une mère porteuse et celle à qui l'enfant est destiné; entrevue avec les deux femmes sur leur motivation face à

					cet événement
35		Parents	Loin du bruit, après l'événement, la plaidoirie de Patricia / Dominique Urtizverea.	no 189, nov. 1984, p. 30-35	Entrevue avec la Française Patricia sur les réactions qu'a provoquées, en France, sa décision de porter un enfant pour un couple irrémédiablement stérile.
36		Parents	La première mère porteuse française / Dominique Urtizverea.	no 188, oct. 1984, p. 46-57	Entrevue avec cette jeune femme inséminée artificiellement sur les motivations de sa décision, leurs conséquences et les réactions de l'entourage; quelques commentaires de son conjoint.
37		Echanges	Concevoir la vie / François Biot, J.-C. Czyba, François-A. Isambert, Albert Desserprit, François Chirpaz.	no 178, déc. 1983, p. 1-21	Dossier: médecine et reproduction; témoignage d'un couple à propos de l'insémination artificielle; la réglementation à mettre en place pour faire face aux progrès de la biologie; entretien avec François Rollin, professeur d'éthique; le problème de l'éthique face à la technique ou le respect de l'humain dans l'homme
38		Parents	4 témoignages de parents donneurs de sperme "pour que d'autres soient heureux comme nous" / Michèle Grandjean.	no 151, sept. 1981, p. 38-41	
39		Psychologie	L'insémination artificielle et ses problèmes psychologiques / Chantal de Rudder.	no 115, août 1979, p. 49-56	Aperçu du profil du donneur.
	- insémination artificielle avec sperme de donneur (0 référence)				
	- insémination artificielle avec				

	donneur - IAD (abrév.) (3 référenceS)*				
	- insémination artificielle par donneur (3 référenceS)*				
	- majoration (6 références) **				
	- nouvelles technologies de reproduction - NTR (abrév.)				
40	- nouvelles technologies de reproduction humaine - NTRH (abrév.) (49 références)	Châtelaine	Un enfant à tout prix / Daniel Baril.	vol. 31, no 5, mai 1990, p. 83-89	Histoire d'un couple ayant eu recours aux nouvelles technologies de reproduction; polémique à ce sujet; autres cas.
41		Vie	Enfants de l'amour, enfants de la science / Claire Legros.	no 2551, 21 juill. 1994, p. 72-75	Reportage sur les problèmes éthiques posés par les nouvelles technologies de la reproduction; témoignages.
42		Châtelaine	Des enfants sur mesure / Véronique Robert.	vol. 36, no 3, mars 1995, p. 65-71	Les possibilités offertes par les nouvelles technologies de reproduction; les questions morales soulevées par ces techniques; les risques de dérive.
43		Femme plus	Bébés sur mesure : jusqu'où irons- nous? / Béatrice Richard.	vol. 13, no 10, nov. 2000, p. 16- 20	Aspect psychologique de l'infertilité; risques associés à la procréation assistée; conséquences psychologiques, sociales et médicales à long terme du recours aux nouvelles technologies de reproduction; questions éthiques soulevées.
	- procréatique (10 références)*				
44	- procréation - procréation assistée (67 références)	Ça m'intéresse	Avoir un enfant : tout a changé! / dossier réalisé par Agnès Diricq et Paula Ceccaldi.	no 229, mars 2000, p. 50- 60	
45		Vie	Bébés sur ordonnance / Claire	no 2976, 12 sept. 2002, p.	Entretien avec le docteur Nicole

			Legros.	18-20	Mamelle sur les risques liés au recours à des traitements d'assistance à la procréation dont la prématurité et sur les risques liés à la prématurité; importance de limiter ces traitements aux vraies infertilités; témoignages.
46	- procréation médicalement assistée (66 références)	Psychologies	Le désir d'enfant.	no 51, févr. 1988, p. 23-57	Dossier: entrevue avec Virginia Crespeau, mère; raisons de ce désir d'enfant; entrevue avec Alexandre Minkowski; parents par adoption; techniques de procréation artificielle; communication avec le fœtus; le moment de la reconnaissance pour le père et la mère; le non désir d'enfant; l'enfant du rêve
47		Etudes	La procréation médicalement assistée : témoignages et questions / Françoise Lefebvre.	, t. 374, mai 1991, p. 615-622	
	- procréation artificielle (23 références)*				
48	- stérilité (209 références)	Parents	Ce combat [contre la stérilité] a soudé leur couple / Denise Chaix.	no 351, mai 1998, p. 76-80	Témoignages.
49		Frontières	Un enfant à tout prix? / Paul Frappier, Sylvie Gagné.	vol. 6, no 1, printemps 1993, p. 54-55	Présentation d'une recherche sur l'épreuve que constitue pour le couple, les vicissitudes d'une quête inassouvie de l'enfant.
50		Frontières	En quête de fertilité : quand l'espoir n'en finit plus / Paul Frappier, Sylvie Gagné.	vol. 5, no 2, automne 1992, p. 47-48	Comment est vécue l'expérience du temps chez les couples infertiles suivant des traitements de fertilité.
	- technologie de reproduction (12 références)**				
	- transfert intubaire des gamètes				

	- GIFT (abrév.) (8 références)*				
--	------------------------------------	--	--	--	--

* Les références recourent les résultats précédents.

** Références n'ayant aucun lien avec l'objet de nos travaux.

i

ii Le résultat de la recherche recoupe les recherches précédentes en plus d'ajouter des références traitant de matériel photographique, audio et de pays moins avancés.

iii Les mots-clés «clonage», «clonage thérapeutique.» et «clonage reproductif.» renvoient à des articles sur le développement des technologies ou leur évaluation éthique.

Annexe 3 : Tableaux des références tirées de la base de données CPI.Q

#	Mots-clés	Source	Titre de l'article et auteur	Accès au document	Sommaire
1	Embryo Transplantation (48 références)	People Weekly	Turning back the biological clock, Barbara Strong gives birth after menopause - with a donated egg. Rosen, Marjorie.	Nov 12, 1990 v34 n19 p115(2)	
2	Fertility Clinics (14 références)	Reader's Digest (Canadian)	After death, new life: Blood, Diane.	Feb 2005 v166 i994 p144(7)	Stephen and I were anxious to have a family. But fate intervened, and I began a journey that would make legal history.
	Genetic Engineering (1398 références)**				
	Human Embryo Transplantation*** (15 références)**				
3	Human Reproductive Technology (100 références)	People Weekly	MIRACLE BABIES: Horsburgh, Susan.	Oct 11, 2004 v62 i15 p112	Once, it seemed like science fiction: Remember test-tube babies? But in 25 years the fast-evolving field of in vitro fertilization (IVF) has resulted in the birth of more than a million children. IVF and its high-tech cousins can be difficult and expensive--and often successful. But with help from doctors working on the frontiers of fertility, these couples are fulfilling their dream.(Family/THE NEXT GENERATION).
4	Human Artificial Insemination (120 références)	Newsweek	When Dad is a Donor:	August 13, 2001 p46	As more single women conceive children through artificial insemination, stigmas and secrecy are falling away.
5		People Weekly	Mike and Kathy Flanagan's stats include a biggie:	Sept 20, 1982 v18 p61(3)	the U.S.'s first natural "test-tube" baby.

			Bonnett, Margie.		
6		People Weekly	Her parents rejoice and critics recoil as America's first test-tube baby is delivered. Bushnell, Davis; Cannell, Charles.	Jan 18, 1982 v17 p36(3)	
7		Omni	'The first few sperm banks assured me only that I could choose the father's race and religion. My quest then led me to the "Nobel sperm bank" in California.'. Blake, Afton.	August 1983 v5 p6(1)	
8		People Weekly	An Illinois woman decides to bear a stranger's child as surrogate for his infertile wife. Hall, Sarah Moore.	April 21, 1980 v13 p38(3)	
	Human assisted reproduction (8 références) ⁱ				
	Human Cloning (89 références) **				
7	Human Fertilization in Vitro (124 références)	People Weekly	Almost Identical: Schindehette, Susan.	Sept 20, 2004 p204	After IVF, Glenda and Scott Lyons found a great use for their extra embryos: They gave them to another couple. Now Susan and Bruce Lindeman have twins, too--and they look just like the Lyonses.(Family)(In Vitro Fertilization).
8		People Weekly	Life From Death: Jerome, Richard.	April 19, 1999 v51 i14 p60+(1)	Four years after she lost her husband, Gaby Vernoff gives birth to the first known child conceived with a dead man's sperm.(Up Front).
9		People Weekly	Miracle Babies.(Invitro fertilization).	Oct 12, 1998 v50 n13 p62(1)	
10		Newsweek	And baby makes one: Foote, Donna.	Feb 2, 1998 v131 n5 p68(2)	in a bizarre clash of the law and fertility techniques, Jaycee is a child without a parent.
11		The Canadian Forum,	Test-tube mothers speak: rethinking the technological fix for	July-August 1993 v72 n821 p5(7)	Women who availed of in vitro-fertilization express their

			infertility. Menzies, Heather		sentiments on having test-tube babies and share the impact of the experience on women as a whole. The issue at hand is not about infertility but more about the role technology plays in human reproduction.
1 2		People Weekly	Up against a gang of five; Greenwald, Julie.	May 30, 1988 v29 n21 p46(6)	Michele and Ray L'Esperance raise America's first in vitro quint with a mixture of joy and exhaustion.
1 3		People Weekly	Mike and Kathy Flanagan's stats include a biggie: Bonnett, Margie.	Sept 20, 1982 v18 p61(3)	the U.S.'s first natural "test-tube" baby.
1 4		Maclean's	One for the money, two for the show. McQuaig, Linda.	April 5, 1982 v95 p24(2)	(test-tube twins born to Ontario woman).
1 5		Science News	Louise: birth of a new technology.	August 5, 1978 v114 p84(1)	(Louise Brown first test-tube baby).
1 6	In vitro fertilization (146 références)	Canadian Living	Babies in waiting: Reich, Dahlia.	May 2004 v29 i5 p54(6)	for couples hoping to have a child, the news on reproductive technologies is all good.(health and wellness).
1 7		People Weekly	A judge ends a wrenching surrogacy dispute, ruling that three parents for one baby is one mom too many. (Anna L. Johnson, Mark and Crispina Calvert). Chu, Dan.	Nov 5, 1990 v34 n18 p143(2)	
1 8		Time Canada	Future shock	March 27, 1989 v133 i13 p33	a fight brews in Tennessee for custody of fertilized eggs.
1 9		Alberta Report	NEW REPRODUCTIVE TECHNOLOGY. McGOVERN, CELESTE.	April 10, 2000 v26 i51 p52	.(woman has baby from dead husband's sperm)(Brief Article).
2 0		Harper's Magazine	Missing children Shacochis, Bob.	Oct 1996 v293 n1757 p55(9)	one couple's anguished attempt to conceive.(Cover Story).
2 1		Maclean's	A miracle named Adam. (boy conceived through in vitro fertilization). Rogers,	Nov 29, 1993 v106 n48 p40(1)	A woman who conceived a child through in vitro fertilization because

			June.		her fallopian tubes were scarred and she could not conceive normally describes the procedure and the tests associated with it. She now has a healthy four-year-old boy and is glad she took the risk.
2 2		People Weekly	Now they are one: it's birthday time for the twins Arlette Schweitzer bore for her daughter.	Oct 26, 1992 v38 n17 p165(1)	(Brief Article).
2 3		People Weekly	Birth at 52. Schneider, Karen S..	May 18, 1992 v37 n19 p101(2)	(post-menopausal mother).
2 4		Life	Science and surrogacy:: searching for a biological child on the high-tech frontier. Colt, George Howe.	June 1987 v10 p36(5)	(includes related article) (Special Report: Baby Craving).
2 5	Infertility (189 références)	People Weekly	An infertile couple's search for a remedy gives birth to heartbreak and anger, but also hope. Armstrong, Lois.	Nov 10, 1986 v26 p114(5)	(Debbie and Tom Newell) (interview).
	Medical Technology (131 références)**				
2 6	Reproductive Technology (344 références)	Globe & Mail (Toronto, Canada)	One couple's tough decision: after agonizing, Mississauga parents opt to offer others their gift of life". Priest, Lisa.	March 4, 2002 pNA	
2 7		Alberta Report	Sophie's choice. KO, MARNIE.	April 24, 2000 v26 i52 p36	(issues concerning multiple births through assisted reproduction)

* Les références recourent les résultats précédents.

** Références n'ayant aucun lien avec l'angle d'analyse de nos travaux.

*** Terme de recherche ajouté lors de cette recherche.

ⁱ Il s'agit exclusivement de commentaires sur la loi C-6 (anciennement C-13) sur les technologies de reproduction.

Annexe 4

Titre de la revue	Occurrences	Type de revue
Châtelaine	3	Femme
Elle Québec	1	Femme
Femme plus	1	Femme
Gazette des femmes	2	Femme
Actualité	1	Générale
Alberta Report	2	Générale
Ça m'intéresse	1	Générale
Canadian Living	1	Générale
Globe & Mail (Toronto, Canada)	1	Générale
Harper's Magazine	1	Générale
Life	1	Générale
Maclean's	2	Générale
Newsweek	2	Générale
Nouvel Observateur	1	Générale
Paris match	6	Générale
People Weekly	13	Générale
Reader's Digest	1	Générale
The Canadian Forum,	1	Générale
Time Canada	1	Générale
Parents	15	Parents
Infirmière canadienne	1	Spécialisée : infirmière
Revue de l'infirmière	1	Spécialisée : infirmière
Vie	3	Spécialisée : religion
Sociologie et sociétés	1	Spécialisée : science hu.
Psychologie	1	Vulgarisation scientifique
Psychologies	2	Vulgarisation scientifique
Québec science	1	Vulgarisation scientifique
Science News	1	Vulgarisation scientifique
Echanges	1	
Etudes	2	
Frontières	2	
Omni	1	
Panorama	1	
Total	75	

Annexe 5

	Revue	Titre et auteur	Référence	Base de données	Catégorisation
1	Actualité	Une histoire normale / Hélène Roy.	vol. 12, no 6, juin 1987, p. 70- 74	Repère	première scientifique
2	Alberta Report	NEW REPRODUCTIVE TECHNOLOGY. McGOVERN, CELESTE.	April 10, 2000 v26 i51 p52	CPI.Q	première scientifique
3	Alberta Report	Sophie's choice. KO, MARNIE.	April 24, 2000 v26 i52 p36	CPI.Q	jumeaux
4	Ça m'intéresse	Avoir un enfant : tout a changé! / dossier réalisé par Agnès Diricq et Paula Ceccaldi.	no 229, mars 2000, p. 50-60	Repère	
5	Canadian Living	Babies in waiting: Reich, Dahlia.	May 2004 v29 i5 p54(6)	CPI.Q	témoignage, récit, histoire de cas
6	Châtelaine	La procréation, version 1984 / Catherine Lord.	vol. 25, no 3, mars 1984, p. 51- 58	Repère	aspect psychologique
7	Châtelaine	Un enfant à tout prix / Daniel Baril.	vol. 31, no 5, mai 1990, p. 83-89	Repère	témoignage, récit, histoire de cas
8	Châtelaine	Des enfants sur mesure / Véronique Robert.	vol. 36, no 3, mars 1995, p. 65- 71	Repère	éthique
9	Echanges	Concevoir la vie / François Biot, J.-C. Czyba, François-A. Isambert, Albert Desserprit, François Chirpaz.	no 178, déc. 1983, p. 1-21	Repère	témoignage, récit, histoire de cas
10	Elle Québec	Un enfant à tout prix / Sylvie Halpern.	no 127, mars 2000, p. 84-88	Repère	aspect psychologique
11	Etudes	La procréation médicalement assistée : témoignages et questions / Françoise Lefebvre.	t. 374, mai 1991, p. 615-622	Repère	témoignage, récit, histoire de cas
12	Etudes	Un droit à l'enfant? / Bruno Jeandidier.	T. 363, oct. 1985, p. 357-360	Repère	stérilité et infertilité
13	Femme plus	Bébés sur mesure : jusqu'où irons-nous? / Béatrice Richard.	vol. 13, no 10, nov. 2000, p. 16- 20	Repère	aspect psychologique
14	Frontières	Un enfant à tout prix? / Paul Frappier, Sylvie Gagné.	vol. 6, no 1, printemps 1993, p. 54-55	Repère	aspect psychologique

15	Frontières	En quête de fertilité : quand l'espoir n'en finit plus / Paul Frappier, Sylvie Gagné.	vol. 5, no 2, automne 1992, p. 47-48	Repère	aspect psychologique
16	Gazette des femmes	Stérilité : jusqu'où faut-il aller pour avoir un enfant? / Gloria Escomel.	vol. 8, no 1, mai-juin 1986, p. 11-20	Repère	stérilité et infertilité
17	Gazette des femmes	Le drame de l'infertilité / Hélène De Billy.	vol. 5, no 3, sept.-oct. 1983, p. 12	Repère	aspect psychologique
18	Globe & Mail (Toronto, Canada)	One couple's tough decision: after agonizing, Mississauga parents opt to offer others their gift of life". Priest, Lisa.	March 4, 2002 pNA	CPI.Q	témoignage, récit, histoire de cas
19	Harper's Magazine	Missing children Shacochis, Bob.	Oct 1996 v293 n1757 p55(9)	CPI.Q	témoignage, récit, histoire de cas
20	Infirmière canadienne	La maternité à tout prix / Danielle Beaudoin, Micheline Marquis, Diane Tailleur, Colette Gendron.	vol. 89, no 3, mars 1993, p. 41-45	Repère	maternité
21	Life	Science and surrogacy; searching for a biological child on the high-tech frontier. Colt, George Howe.	June 1987 v10 p36(5)	CPI.Q	témoignage, récit, histoire de cas
22	Maclean's	One for the money, two for the show. McQuaig, Linda.	April 5, 1982 v95 p24(2)	CPI.Q	première scientifique
23	Maclean's	A miracle named Adam. (boy conceived through in vitro fertilization). Rogers, June.	Nov 29, 1993 v106 n48 p40(1)	CPI.Q	témoignage, récit, histoire de cas
24	Newsweek	When Dad is a Donor:	August 13, 2001 p46	CPI.Q	don de sperme
25	Newsweek	And baby makes one: Foote, Donna.	Feb 2, 1998 v131 n5 p68(2)	CPI.Q	cas légal
26	Nouvel Observateur	Les croisés de l'infertilité : prêts à tout pour combler leur désir d'enfant / Sophie Des Déserts.	no 1933, 22 nov. 2001, p. 38-41	Repère	stérilité et infertilité

	Omni	'The first few sperm banks assured me only that I could choose the father's race and religion. My quest then led me to the "Nobel sperm bank" in California.'. Blake, Afton.	August 1983 v5 CPI.Q p6(1)		témoignage, récit, histoire de cas
27					
28	Panorama	"L'absence d'enfant déstabilise notre couple" / Isabelle Vial.	no 359, oct. 2000, p. 56	Repère	stérilité et infertilité
29	Parents	"Notre combat pour donner la vie" / Elisabeth de La Morandière.	no 321, nov. 1995, p. 66-70	Repère	aspect psychologique
30	Parents	Les bébés-éprouvette / Françoise Planiol.	no 299, janv. 1994, p. 46-49	Repère	famille
31	Parents	Maman grâce à un don d'ovule / Christian Rayr.	no 259, sept. 1990, p. 46-50	Repère	témoignage, récit, histoire de cas
32	Parents	Emma et Rebecca, jumelles nées à 16 mois d'intervalle / Catherine Singer.	no 202, déc. 1985, p. 38-41	Repère	première scientifique
33	Parents	J'attends un bébé-éprouvette / Muriel Gaudin.	no 198, août 1985, p. 60-63	Repère	témoignage, récit, histoire de cas
34	Parents	Corinne : le droit à l'éternel amour / Jean V. Manevy.	no 187, sept. 1984, p. 80-85	Repère	première scientifique
35	Parents	Les jumeaux-éprouvette français / Catherine Singer.	no 185, juill. 1984, p. 44-51	Repère	jumeaux
36	Parents	Le premier bébé congelé du monde : Zoé / Catherine Singer.	no 184, juin 1984, p. 66-75	Repère	première scientifique
37	Parents	J'attends des jumeaux-éprouvette / Jo Smith.	no 159, mai 1982, p. 158-161	Repère	jumeaux
38	Parents	Infertilité : quand elle touche les hommes / Didier Lévy.	no 411, mai 2003, p. 92-93	Repère	stérilité et infertilité
39	Parents	Traitements contre l'infertilité : jusqu'où peut-on aller? / Françoise Planiol, Isabelle Thomas.	no 370, déc. 1999, p. 76-82	Repère	témoignage, récit, histoire de cas
40	Parents	Loin du bruit, après l'événement, la plaidoirie de Patricia / Dominique Urtizverea.	no 189, nov. 1984, p. 30-35	Repère	première scientifique
41	Parents	La première mère porteuse française /	no 188, oct. 1984, p. 46-57	Repère	première scientifique

Dominique Urtizverea.

42	Parents	4 témoignages de parents donneurs de sperme "pour que d'autres soient heureux comme nous" / Michèle Grandjean.	no 151, sept. 1981, p. 38-41	Repère	don de sperme
43	Parents	Ce combat [contre la stérilité] a soudé leur couple / Denise Chaix.	no 351, mai 1998, p. 76-80	Repère	stérilité et infertilité
44	Paris match	Corinne : enfin l'espoir / Louis Valentin.	no 1857, 28 déc. 1984, p. 34-37	Repère	première scientifique
45	Paris match	Les bébés du défi / Robert Serrou.	no 1817, 23 mars 1984, p. 40-48	Repère	mère porteuse
46	Paris match	Nos premiers jumeaux éprouvette / Noelle Namia.	no 1795, 21 oct. 1983, p. 40-45	Repère	jumeaux
47	Paris match	Le roman de notre bébé éprouvette / Dominique Eudes.	no 1711, 12 mars 1982, p. 38-51	Repère	témoignage, récit, histoire de cas
48	Paris match	Les premiers jumeaux-éprouvette du monde.	no 1675, 3 juill. 1981, p. 74-77	Repère	première scientifique
49	Paris match	Deux mères pour un bébé : le face-à-face / Philippe Ledru.	no 1870, 29 mars 1985, p. 38-41	Repère	témoignage, récit, histoire de cas
50	People Weekly	Turning back the biological clock, Barbara Strong gives birth after menopause - with a donated egg. Rosen, Marjorie.	Nov 12, 1990 v34 n19 p115(2)	CPI.Q	témoignage, récit, histoire de cas
51	People Weekly	Her parents rejoice and critics recoil as America's first test-tube baby is delivered. Bushnell, Davis; Cannell, Charles.	Jan 18, 1982 v17 p36(3)	CPI.Q	première scientifique
52	People Weekly	An Illinois woman decides to bear a stranger's child as surrogate for his infertile wife. Hall, Sarah Moore.	April 21, 1980 v13 p38(3)	CPI.Q	mère porteuse
53	People Weekly	Almost Identical: Schindehette, Susan.	Sept 20, 2004 p204	CPI.Q	famille et don d'embryon
54	People Weekly	Life From Death: Jerome, Richard.	April 19, 1999 v51 i14 p60+(1)	CPI.Q	première scientifique

55	People Weekly	Miracle Babies.(Invitro fertilization).	Oct 12, 1998 v50 n13 p62(1)	CPI.Q	
56	People Weekly	Up against a gang of five; Greenwald, Julie.	May 30, 1988 v29 n21 p46(6)	CPI.Q	première scientifique
57	People Weekly	Mike and Kathy Flanagan's stats include a biggie: Bonnett, Margie.	Sept 20, 1982 v18 p61(3)	CPI.Q	première scientifique
58	People Weekly	A judge ends a wrenching surrogacy dispute, ruling that three parents for one baby is one mom too many. (Anna L. Johnson, Mark and Crispina Calvert). Chu, Dan.	Nov 5, 1990 v34 n18 p143(2)	CPI.Q	cas légal
59	People Weekly	Now they are one: it's birthday time for the twins Arlette Schweitzer bore for her daughter.	Oct 26, 1992 v38 n17 p165(1)	CPI.Q	jumeaux
60	People Weekly	Birth at 52. Schneider, Karen S.	May 18, 1992 v37 n19 p101(2)	CPI.Q	première scientifique
61	People Weekly	An infertile couple's search for a remedy gives birth to heartbreak and anger, but also hope. Armstrong, Lois.	Nov 10, 1986 v26 p114(5)	CPI.Q	témoignage, récit, histoire de cas
62	People Weekly	MIRACLE BABIES: Horsburgh, Susan.	Oct 11, 2004 v62 i15 p112	CPI.Q	témoignage, récit, histoire de cas
63	Psychologie	L'insémination artificielle et ses problèmes psychologiques / Chantal de Rudder.	no 115, août 1979, p. 49-56	Repère	aspect psychologique et don de sperme
64	Psychologies	Faire un enfant autrement / Marianne Gomez.	no 22, mai 1985, p. 22-26	Repère	aspect psychologique
65	Psychologies	Le désir d'enfant.	no 51, févr. 1988, p. 23-57	Repère	témoignage, récit, histoire de cas
66	Québec science	Une affaire de famille! / Jean-Pierre Rogel.	vol. 40, no 2, oct. 2001, p. 19	Repère	première scientifique
67	Reader's Digest	After death, new life: Blood, Diane.	Feb 2005 v166 i994 p144(7)	CPI.Q	première scientifique
68	Revue de l'infirmière	AMP et FIVETTE : deux infirmières au coeur de l'action / Jean-Marie Manus.	no 63, sept. 2000, p. 14-15	Repère	témoignage, récit, histoire de cas

69	Science News	Louise: birth of a new technology.	August 5, 1978 v114 p84(1)	CPI.Q	première scientifique
70	Sociologie et sociétés	L'expérience de l'infertilité féminine vécue sous assistance médicale / Françoise-Romaine Ouellette.	vol. 20, no 1, avril 1988, p. 13-32	Repère	stérilité et infertilité
71	The Canadian Forum,	Test-tube mothers speak: rethinking the technological fix for infertility. Menzies, Heather	July-August 1993 v72 n821 p5(7)	CPI.Q	témoignage, récit, histoire de cas
72	Time Canada	Future shock	March 27, 1989 v133 i13 p33	CPI.Q	cas légal
73	Vie	Ils cultivent les graines de bébé / Philippe Demenet, Aimé Savard, Bertrand Révillion.	no 2485, 15 avril 1993, p. 18-25	Repère	témoignage, récit, histoire de cas
74	Vie	Enfants de l'amour, enfants de la science / Claire Legros.	no 2551, 21 juill. 1994, p. 72-75	Repère	témoignage, récit, histoire de cas
75	Vie	Bébés sur ordonnance / Claire Legros.	no 2976, 12 sept. 2002, p. 18-20	Repère	témoignage, récit, histoire de cas

Annexe 6

Temps	Technologie	Émotion	Problème
Temps Histoire	Technologie Techno de reprod NTR FIV Technique Techno de reprod Banque de sperme Grossesse tardive Don de gamètes Technique de reproduction Insémination Technique Embryon Sperme Embryon	Émotion Désir Désirs Émotions Sentiment Désirs - émotions Sentiments	Inconvénient Problème Problème Problème Infertilité Problème physique Condition physique
Famille	Médecine	Éthique	Mère
Qui consulte ? Récit du couple Vision de la famille Familiale Famille Famille Le couple Personnes -acteurs Expérience Action Famille - couple Couple Récit interne Parents Couple Couple porteur Les familles	Procédure clinique Traitement Médecin Médicale Médecine Génétique Procédure médicale Génétique Médecine Science Science Insémination Médecine Spécialiste	Morale Éthique Éthique Éthique Éthique Morale Éthique - morale - foi - spiritualité Éthique Règles	Maternité Mère Soi Gestation Mère
Droit	Société	L'enfant	Don
Droit Loi Loi Statut Loi Loi Loi Loi Règles	Dimension sociale Histoire Marché Société Proches Règles Lieu	Enfant Enfant Enfant Enfant Enfant Enfants	Donneuse Autres parents L'Autre Père bio - donneur Histoire de la mère Couple donneur
		Père	Spiritualité
		Père Père Père	Foi Éthique - morale - foi - spiritualité

Annexe 7

		Thème					
Code de l'a.		Art. 1	Art. 7		Art. 4	Art. 11	Art. 12
Date de l'a.		86-11-10 People	87-06 Life	88-05-30 People	1990-11-05 People	1990-11-12 People	92-05-18 People
	<i>Don</i>					6	
	<i>Droit</i>		3		8	3	2
	<i>Émotion</i>	2			4	8	3
	<i>Éthique</i>		18		6	3	
	<i>Famille</i>	11	23		4	6	
	<i>L'enfant</i>		1				
	<i>Médecine</i>	9	4		5	7	
	<i>Mère</i>		21			2	8
	<i>Père</i>						1
	<i>Problème</i>	4				3	2
	<i>Société</i>				4		
	<i>Spiritualité</i>						
	<i>Technologie</i>	3	22			14	8
	<i>Temps</i>	1					
Code de l'a.				Art. 8	Art. 10	Art. 13	Art. 5
Date de l'a.		92-10-26 People	96-10 Harper	98-02-02 News.	98-10-12 People	99-04-19 People	00-03-10 Alb.
	<i>Don</i>			6	10		
	<i>Droit</i>			14			
	<i>Émotion</i>						1
	<i>Éthique</i>			11		3	
	<i>Famille</i>			5	41		5
	<i>L'enfant</i>			4	8	2	
	<i>Médecine</i>				34	10	1
	<i>Mère</i>			9		5	
	<i>Père</i>			6		7	
	<i>Problème</i>				10		
	<i>Société</i>			5		2	

	<i>Spiritualité</i>					3	
	<i>Technologie</i>			6			
	<i>Temps</i>						
	Thème						
Code de l'a.		Art. 2	Art. 9	Art. 6	Art. 3	Art. 14	
Date de l'a.		00-04-24 Alb.	01-08-13 News.	02-03-04 Globe	04-10-11 People	04-10-20 People	
	<i>Don</i>		25			2	
	<i>Droit</i>		7	10			
	<i>Émotion</i>				8		
	<i>Éthique</i>	12	1	14			
	<i>Famille</i>	2		13	3	9	
	<i>L'enfant</i>		9			2	
	<i>Médecine</i>	9			25		
	<i>Mère</i>			16			
	<i>Père</i>						
	<i>Problème</i>	11		2	3		
	<i>Société</i>	9			1		
	<i>Spiritualité</i>						
	<i>Technologie</i>		14	14		4	
	<i>Temps</i>						

Annexe 8 : Second codage

Acteur - journaliste (1)	La mère (183)
Acteur – mère (6)	La mère porteuse (1)
Acteur – père (6)	Le corps légal (11)
Bioéthique (47)	Le corps médical (45)
Corps légal (38)	Le couple (92)
Corps médical (124)	Le père (93)
Famille (20)	L'enfant (117)
Famille élargie (28)	Mère porteuse (48)
Grossesse post-ménopause (1)	Parent donneur (25)
Groupe de soutien (10)	Parents donneurs (1)
Infertilité (36)	Proches (1)
La clinique (1)	Technologie médicale (133)
La famille (7)	Transcendance (11)

Annexe 9 : Thèmes et sous-thèmes utilisés lors de l'analyse descriptive

1. Récit interne : 3 pôles

1.1 Corps familial

1.1.1 Constellation familiale

1.1.1.1 Rapports sociaux inusités

1.1.1.2 Invention de l'embryon

1.1.1.3 Les parents donneurs (comme technologie certes) comme entité sociale

1.1.1.4 Mères porteuses

1.1.1.5 Les amis

1.1.1.6 L'enfant

1.1.1.7 Le père

1.1.1.8 Le couple

1.1.1.9 La mère

1.1.1.10 La famille

1.1.1.11 Groupe de soutien

1.1.2 Responsabilité quant à l'échec

1.1.3 Le coût de la technique comme investissement risqué

1.1.3.1 Les grossesses multiples

1.1.4 L'infertilité

1.2 Corps médical

1.2.1 Constellation technologique

1.2.1.1 Don de sperme

1.2.1.2 Traitement de fertilité et médicaments

1.2.1.3 Fécondation in vitro

1.2.1.3.1 Hatching, ICSI et GIFT.

1.2.1.4 Opération chirurgicale altérant les capacités reproductives

1.2.1.5 Cell transplant

1.2.1.6 Cryopréservation

1.2.1.7 Transplantation (et retrait de gamètes) post-mortem

1.2.1.8 Sexualité programmée, médicaments de fertilité et contraceptifs

1.2.1.9 Analyser, observer, mesurer

1.2.1.10 Adoption

1.2.2 Prise en charge totale ou du caractère invasif de la médecine et de la technique

1.2.3 Première médicale ou l'historique de l'inusité

1.2.4 Constellation médicale

1.2.4.1 Pédiatres

1.2.4.2 Infirmières

1.2.4.3 Médecins

1.2.4.4 La salle d'attente et la clinique

1.3 Corps normatif

1.3.1 Bioéthique

1.3.1.1 Nouveaux liens de parenté

1.3.2 Légal

1.3.2.1 Qu'est-ce qu'un parent ? Qui sont les parents ?

1.3.2.2 Le droit influence les pratiques, le droit devient un repère

1.3.2.3 Le contrat avec les donneurs

1.3.2 Religieux

