

## Technologie de reproduction et désir d'enfant : entre contrôle et maîtrise

Janie Gagné

Maitrise en sociologie, Université de Montréal  
janie.gagne@umontreal.ca

### Résumé

Dans cet article, l'auteure s'intéresse à la manière dont le désir d'enfant, comme phénomène social, conjugué aux logiques entourant les technologies de reproduction, a participé à une transformation des représentations sociales et symboliques de la reproduction et de la famille. Pour y parvenir, elle trace un court historique du désir d'enfant, dans l'objectif de mieux saisir les enjeux contemporains relatifs aux technologies de reproduction. Ensuite, inspirée par les écrits de Sarah Franklin, elle aborde la façon dont les logiques promulguées par les technologies de reproduction ont contribué à transformer nos conceptions de l'enfant et de la procréation en repoussant les limites biologiques de l'infertilité. Ainsi, il sera question dans cet article de faire ressortir comment ces transformations sociales, basées sur des logiques de contrôle, de maîtrise et de gestion des risques, ont permis le passage historique d'un désir d'enfant à un désir d'enfant biogénétique.

Mots-clés : Technologies de reproduction, infertilité, biomédicalisation, désir d'enfant, sélection génétique

### Introduction

En Occident, l'évolution de la contraception et l'augmentation du nombre d'enfants nés hors mariage ont marqué de manière importante l'expression du désir d'enfant et la procréation (Châteauneuf, 2011). Effectivement, c'est à la lumière de ces deux grands changements que se sont développées les nouvelles techniques reproductives. Jusque dans les années soixante, « faire famille » reposait sur l'institution du mariage, mais aussi sur une relation conjugale stable et pratiquement indéfectible (Belleau, 2004). Ainsi, avec l'arrivée de pratiques comme la procréation médicalement assistée, l'adoption, notamment internationale, et la gestation pour autrui, les notions de filiation et de famille ont été (ré)articulées de sorte à inclure une diversité d'entrée en parentalité.

Toujours en mouvance, la famille fait encore aujourd'hui l'objet de nombreux débats et discussions. Actuellement en plein cœur d'une réforme du droit familial, le Québec dépose en 2015 un rapport intitulé *Pour un droit de la famille adapté aux nouvelles réalités conjugales et familiales* visant l'actualisation du droit en regard des nouvelles formes de conjugalité et des récentes manières d'entrées en parentalité rendues possibles par les nouvelles technologies de reproduction et de manipulation génétique comme CRISPR-cas9.

Mettant explicitement la priorité sur la protection de l'enfant, le rapport propose un chapitre entier (chapitre troisième) portant sur l'encadrement de la filiation d'enfants nés de procréation dite naturelle, assistée ou médicalement assistée, de gestation pour autrui, de sélection de gamètes et d'adoption. Ainsi, dans un contexte où les technologies de reproduction occupent un rôle important dans la construction juridique et sociale des familles, il est important de s'attarder aux transformations symboliques ayant permis les nouvelles formes du désir d'enfant et du devenir parent. Selon le philosophe Marcel Gauchet, le « désir d'enfant » ou « enfant du désir » est le résultat des sociétés modernes et de l'individualisation de la culture, représentant « l'enfant de la famille privée, intimisée, désinstitutionnalisée, informelle, qui n'a d'autre raison d'être que l'épanouissement affectif de ses membres » (Gauchet, 2004 : 14). Dans cette optique, le désir d'enfant s'exprime en nouvelle forme de projet individuel et personnel dont il est possible d'y répondre au-delà des limites biologiques. En ce sens, résultat de l'important progrès des manipulations techniques en technoscience, les technologies de reproduction deviennent une nouvelle option, voire un nouvel instrument pour parvenir à concrétiser ledit projet, laissant place à une pléthore de débats quant aux représentations sociales et symboliques de la reproduction. Indissociables du désir d'enfant, ces dernières, à mon sens, renchérissent un discours individuel et libéral de la reproduction. Transformant la conception traditionnelle de la famille, les technologies de reproduction sous-tendent plusieurs questionnements quant aux droits *de* l'enfant et au prétendu droit *à* l'enfant. Dans cet article, il sera donc question de mettre en lumière les constructions sociales entourant la rhétorique du désir d'enfant afin de mieux saisir les développements des technologies de reproduction.

Pour ce faire, l'article se divisera en trois grandes parties. Tout d'abord, il sera question de mettre en lumière le contexte sociohistorique dans lequel s'est développé le désir d'enfant comme conception contemporaine de la parentalité. Ensuite, la seconde partie portera sur la procréation médicalement assistée, son développement, mais principalement sa prise en charge médicale des corps infertiles. Enfin, la troisième partie portera sur l'influence de la génétique sur les discours relatifs à la procréation médicalement assistée pour laisser finalement place à quelques pistes de réflexion quant à la transformation de l'expression du désir d'enfant.

## **1. Le désir d'enfant : l'aboutissement d'une lente individualisation de la culture**

### **1.1 De la collectivité au désir personnel : les enfants au cœur de la société**

Souvent conceptualisé comme étant le résultat de l'« instinct maternel » ou même de l'« horloge biologique » (Martin, 2011 : 97), le désir d'enfant fait l'objet d'un long processus qui prend racine au cours du 17<sup>e</sup> siècle, selon le sociologue français Paul Yonnet. La baisse de la mortalité infantile, l'individualisation de la culture, la maîtrise progressive de la reproduction, l'arrivée des contraceptifs, l'entrée des femmes sur le marché du travail, etc. représentent tous des facteurs ayant rendu socialement possible l'apparition de ce que Gauchet entend par les « enfants du désir ». Se concevant dans un cadre social où la possibilité d'avoir des enfants fait l'objet de choix personnels et individuels, le « désir d'enfant » ou l'« enfant désiré » (Gauchet, 2007) constitue l'aboutissement de mutations démographiques marquant le déploiement de l'individualisation du rapport à l'enfant(ement) (Martin, 2011; Gauchet, 2007). D'ailleurs, c'est la maîtrise de la reproduction qui rend possible le désir d'enfant. Faire des enfants prenait, auparavant la

forme d'un devoir collectif assurant la perpétuation des lignées familiales. La parentalité était vécue comme un devoir citoyen et non comme étant un désir seulement subjectif et conjugal. Par conséquent, le devoir global de descendance est donc remplacé par la naissance d'enfants « chaque fois conçus comme *uniques* » (Yonnet, 2010 : 44), marquant ainsi d'importants changements dans le mode de reproduction de la vie humaine. Laissant place à une nouvelle liberté créatrice, mais aussi à une nouvelle volonté productrice de filiation « programmée » (Phillips-Nootens, 2005 : 179), ce désir d'enfant prend racine à travers plusieurs changements.

### 1.1.2 Réduction de la fécondité : une démarche en trois temps

Les transformations sociales marquant l'entrée en société de l'enfant du désir se déploient à travers un long processus débutant il y a pratiquement quatre cents ans, soit bien avant les années soixante et le mouvement de libération sexuelle (Yonnet, 2007). En effet, c'est à la lumière des trois stades de fécondité qu'il est possible de comprendre l'avènement de l'enfant désiré. La contention de la fécondité marque le premier stade de réduction de la fécondité. Touchant majoritairement les pays chrétiens de l'Europe de l'Ouest, son moyen d'exécution réside dans le mariage tardif. En effet, c'est le report de l'âge au mariage, débutant au 17<sup>e</sup> siècle, qui forme le premier stade contribuant à la réduction de fécondité. Jusqu'au 18<sup>e</sup> siècle, comme les femmes sont « asservies aux nécessités de la survie démographique » (Yonnet, 2010 : 44), l'âge au mariage joue le rôle d'un régulateur démographique, tout comme un contraceptif social, afin d'éviter des situations de surpopulation. En repoussant l'entrée des femmes au mariage, et simultanément dans la reproduction, on assure non seulement une reproduction plus tardive pour chacune d'elles, mais on réduit également sensiblement le niveau de la fécondité. C'est en retardant l'entrée des femmes dans la phase reproductive et en imposant une « période préalable de continence ou de quasi-contenance sexuelle » (*Ibid.*), que se placent, sans le savoir, les liens du mariage au cœur de l'architecture sociale, permettant ainsi la libération d'un premier espace aux femmes. S'en suivent ainsi plusieurs conséquences telles que la valorisation de l'enfant, la promotion de la femme et l'investissement éducatif. Le mariage devient l'instrument principal de la régulation de la fécondité en permettant l'entrée plus tardive des femmes en phase pré-natale (Landry et al, 1984 : 45).

C'est la réduction de la fécondité à l'intérieur même du mariage qui marque ensuite le second stade de réduction de fécondité. Ici, la fécondité légitime, soit celle inscrite à l'intérieur même du mariage, prend le « relais de cette organisation historique, où le mariage apparaît comme une fonction de la fécondité » (Yonnet, 2010 : 45). Comme le nombre de naissances infantiles, durant le 20<sup>e</sup> siècle, baisse considérablement et que l'âge de la mort s'avère de plus en plus tardif, faire un grand nombre d'enfants ne se pose plus comme une nécessité à la survie de la société. En ce sens, à l'intérieur du mariage se développent des méthodes de contraceptions « naturelles » comme la raréfaction des relations sexuelles et la continence, soit le *coïtus interruptus*<sup>1</sup>. Par conséquent, une fois le nombre d'enfants désirés atteint, les couples peuvent, à leur rythme, arrêter de procréer. Ce passage marque également ce que le démographe Henri Leridon conceptualise comme la

---

<sup>1</sup> Le *coïtus interruptus* est une pratique visant l'interruption du coït avant l'éjaculation de l'homme visant ainsi la réduction des chances de fécondation.

« première révolution contraceptive » (Leridon, 1999). Ces nouvelles techniques de gestion et de maîtrise, mais surtout de liberté sur le processus procréatif, marquent l'entrée dans un contrôle plus « subjectif et intime du corps et de la fécondité – opéré par la femme ou plus largement par le couple » (Martin, 2011 : 93). Ainsi, cette réduction par la contraception naturelle marque une transformation importante dans le rapport des parents aux enfants. Comme on régule peu à peu les naissances à l'intérieur même du mariage, le nombre d'enfants non désirés diminue significativement de la fécondité pour laisser place aux enfants désirés.

Le dernier et troisième stade de réduction de fécondité se traduit par la marginalisation des naissances imprévues, marquée par la montée des naissances désirées, entraînant du même coup la stigmatisation des grossesses non désirées. Les contraceptifs médicaux et l'avortement médicalisé, maintenant normalisés, laissent place à l'importante possibilité de mettre au monde des enfants essentiellement désirés. Le mariage n'est donc plus le garant de la fécondité et ne constitue plus une condition à la sexualité. Entraînant ainsi le passage d'une « régulation globale et imparfaite à une régulation individuelle et fine » (Leridon, 1999 : 68) de la procréation et de la sexualité, l'arrivée des contraceptifs médicaux révoque non seulement la stigmatisation des naissances hors mariage, mais aussi l'interdiction des relations sexuelles hors mariage. De ce fait, la reproduction ne se conçoit plus nécessairement comme un inévitable résultat de la sexualité, mais débute avec l'arrêt de contraceptifs. Cette « libéralisation/généralisation des méthodes médico-scientifiques de contraception et d'avortement » (Martin, 2011 : 94) marque ce que Leridon appelle la « deuxième révolution contraceptive » (Leridon, 1999). Dans la première révolution contraceptive, le domaine du contrôle vise essentiellement la gestion de la descendance *a posteriori* alors que dans la seconde, la limitation des naissances se fait *a priori*, à la source, en enrayant la grossesse par la contraception ou bien la naissance par l'avortement (*Ibid.* : 95). Dans la conscience collective, cette augmentation du contrôle reproductif représente « l'émancipation, le plaisir et la liberté – tant procréative que sexuelle, tant individuelle que collective » (*Ibid.* : 95) permettant ainsi aux femmes de se défaire de leur condition biologique, et de la sorte, de devenir « sujet de leur liberté » (Beaulieu et Leridon, 1999 : 10). Les conséquences influencent significativement l'institution de la famille : le contrôle des naissances ne passe plus par le mariage et les naissances désirées prennent la forme d'une nouvelle norme sociale.

Force est d'admettre le rôle du domaine médical dans l'encadrement de la reproduction, mais aussi l'importante logique de contrôle qui en découle. La reproduction se retrouve entrecoupée, à tous ses stades, par un contrôle médical accru. La prise en charge médicale passe ainsi de l'accouchement à la grossesse, mais aussi de la conception à la pré-conception – où la planification de l'enfant qui précède de loin l'acte procréatif est également contrôlée – laissant croire l'idée selon laquelle il est possible de construire une fécondité complètement « dirigée » (Leridon, 2015 : 342). Ainsi, ne laissant plus véritablement d'espace pour l'enfant du hasard, cette « révolution démographique » ou « transition démographique » (Yonnet, 2010 : 44) tend vers l'idéal de l'enfant planifié, programmé et désiré à chaque fois.

### 1.3 L'enfant du désir : singularité, reconnaissance et autonomie

En ce sens, l'enfant du désir, voire l'enfant désiré, n'est plus « le fruit de la nécessité de la vie qui se poursuit, de l'indispensable perpétuation de la lignée [mais] le fruit du désir singulier, personnel, de ses parents, un désir portant sur sa singularité d'individu » (Gauchet, 2007 : 1). C'est d'ailleurs par un double processus, au sens d'une double transformation sociale, que se construit le phénomène du désir d'enfant. Ce phénomène du désir d'enfant amène d'une part une reformulation dans l'expression du bonheur de l'enfant, mais aussi d'autre part, une préoccupation nouvelle quant à l'autonomie de ce dernier. Antérieurement, au sein de la famille institutionnalisée, le bonheur de l'enfant passait par une intégration réussie de ce dernier à la société. La mission de la famille, principalement des parents, était d'outiller l'enfant pour qu'il puisse s'adapter à la société et être heureux. L'intégration à la société était donc une condition au bonheur de l'enfant et à son épanouissement. Or, dans le cas de l'enfant du désir, le bonheur « idéal dans la famille informelle c'est le bonheur intime par la protection contre la société » (*Ibid.* : 2). La famille se transforme donc en une sorte de foyer de contestation des règles et du fonctionnement de la vie sociale. Cette nouvelle quête de reconnaissance de l'identité singulière marque, selon Gauchet, une incohérence notable avec la société démocratique, rationnelle et légale, du fait qu'elle porte directement atteinte au principe d'égalité véhiculée au sein des sociétés démocratiques. Autrement dit, sont défendus à la fois des principes tels que l'égalité, en même temps que sont valorisées des valeurs néolibérales de singularité, de particularité et de liberté individuelle. Le deuxième processus, quant à lui, est marqué par l'idée que l'enfant est désiré tant par ses parents que pour lui-même dans l'optique de l'amener à développer sa singularité et son individualité particulière.

Cette sacralisation d'une mise en autonomie précoce de l'enfant est inséparable de l'enfant du désir tel que conceptualisé plus haut. L'accès à l'autonomie devient un impératif éducatif fort important dans nos sociétés modernes. Qu'il soit question des déclarations des droits de l'enfant, de la personne ou de la famille, force est d'admettre qu'une obsession quant à la liberté d'action et de penser des enfants semble au cœur des valeurs éducatives contemporaines (Yonnet, 2010). L'enfant doit pouvoir faire « ce qu'il veut, sans dépendre d'une contrainte extérieure pour influencer le libre arbitre de son moi » (*Ibid.* : 51-52). En d'autres mots, « si l'enfant a bien été désiré, il doit s'incarner au plus vite dans un être de désir, devant quoi presque plus rien n'est opposable qui ne vienne de lui » (*Ibid.* : 52). Parce que l'enfant du désir a été désiré dans toute sa singularité et son entièreté, il est important que la société le laisse se développer librement puisqu'il a été désiré comme il est. Indissociable d'une logique néolibérale de l'individu-sujet-acteur, l'éthique du « pouvoir-être-soi-même » (Habermas, 2001 : 29) devient une possibilité parmi d'autres avec l'avènement de l'enfant du désir. Débouchant ainsi vers une importante tension entre l'hyperprotection et l'abstention – l'hyperprotection de l'enfant face aux obstacles de la société et l'abstention d'intervention dans son développement – ce nouveau fétichisme pour l'autonomie des enfants laisse place à un important paradoxe relié aux technologies de reproduction.

Naître de la procréation médicalement assistée suppose effectivement une naissance programmée, planifiée et maîtrisée. Cette naissance, issue de la maîtrise technique, implique donc une naissance dépourvue de toute autonomie du fait qu'elle est le résultat de l'intervention humaine et arbitraire d'un tiers. La prise en charge du processus de

fécondation supprime ainsi l'apport autonome de la naissance « naturelle », voire « biologique ». Paradoxalement, souvent conçus comme le garant de la stabilité de la condition humaine, la fragilité et le hasard de naître du corps d'une femme, avec un bagage propre et une condition donnée, se trouvent bouleversés par l'apparition des technologies de reproduction (Martin, 2011). Celles-ci viennent ainsi interférer dans cette égalité première, en s'immiscant dans le processus de procréation-même (par l'intermédiaire de la technique) et influencer ces « fondations primaires qui président à notre existence corporelle pour la conduite de notre vie personnelle et la manière dont nous nous comprenons en tant qu'être moraux » (Habermas, 2001 : 39).

Dans le cas de la sélection génétique, par exemple, où il y a sélection du donneur et de la donneuse de gamètes, se trouve compromise l'idée que « l'équipement génétique du nouveau-né, et par conséquent les conditions organiques de départ de sa future biographie, [est] à l'abri de toute programmation et de toute manipulation intentionnelle de la part d'autres personnes » (Habermas, 2001 : 26). Comme la liberté humaine s'inscrit alors *a posteriori* de la naissance, soit à travers la socialisation qui s'ensuit et la prise en charge de sa vie subjective, la capacité de « pouvoir être soi-même » (*Ibid.* : 17) se trouve altérée par l'intervention technique que représentent les technologies de reproduction. L'enfant né de la procréation assistée prend ainsi non seulement une valeur différente, mais est mis au monde avec un ensemble de facteurs différents.

C'est donc à travers ce long processus de mise en autonomie de l'enfant, mais aussi de valorisation de sa singularité que se sont solidifiés les fondements culturels permettant les avancées biotechnologiques en matière de reproduction, de contraception et d'avortement (Châteauneuf, 2011). Également alimenté par les revendications féministes des années 1960 et 1970 et par des slogans comme « un enfant si je veux, quand je veux! », cette distanciation entre les femmes et leur condition biologique a permis l'émancipation sexuelle des femmes aux obligations traditionnelles d'enfantement. À la fois libérateur et affranchisseur, ce mouvement féministe, politique, social et juridique a accordé aux femmes le droit de maîtriser leur reproduction, mais aussi de choisir le moment « qui leur apparaissait le plus opportun pour avoir un enfant » (*Ibid.* : 152). Le corps maternel s'est retrouvé pris en charge par la science et la « condition de l'émancipation des limites naturelles [a passé] par le contrôle de la vie et des corps » (Martin, 2011 : 66) de la reproduction. Cette transformation de la *fécondité subie et vécue* en *fécondité maîtrisée, désirée et voulue*, pour reprendre les paroles de Martin (2011 : 98), nous force à constater l'importance du contrôle médical et scientifique des corps, plus particulièrement des corps féminins. Déjà guidé par des logiques de contrôle où technique et médecine assurent la maîtrise des corps reproducteurs, le phénomène du désir d'enfant, en co-construction avec les technologies de reproduction, a contribué à la production des embryons surnuméraires que nous connaissons aujourd'hui. À travers les techniques de fécondation *in vitro*, résultat de la médecine moderne, la grossesse se retrouve fragmentée en plusieurs stades et l'enfant détaillé selon une série d'informations, permettant la division entre gamètes, sexualité et corps reproducteur. D'ailleurs, cette objectivation des processus d'enfantement a également eu comme impact de placer l'embryon à l'extérieur du corps maternel et de lui attribuer ainsi une certaine autonomie sociale et juridique. En effet, maintenant retiré/isolé/sorti du corps, que ce soit par le biais des techniques *in vitro* ou même par celui de l'échographie, l'embryon devient une entité indépendante de la femme qui le porte, le situant comme

acteur à part entière de la grossesse. Portée par des valeurs d'identité individuelle, la volonté de reconnaître l'embryon comme étant autonome est indissociable des idéaux modernes de liberté et d'égalité, valorisant la singularité des individus où même l'enfant *à naître* est reconnu comme futur citoyen et sujet. Il n'est donc pas anodin qu'une pléthore de technologies s'empresse d'imager l'*enfant à venir*, le rendant ainsi sujet et individu avant même d'entrer corporellement au monde. L'exemple de l'échographie, pratique généralisée depuis la fin des années soixante-dix, illustre bien l'idée de faire de l'enfant à naître un citoyen avant même son apparition dans la collectivité, comme le souligne la sociologue Céline Lafontaine :

L'échographie n'a pas seulement permis de percer les mystères profonds de la grossesse en rendant visible l'embryon à l'intérieur du corps maternel, elle a aussi contribué à faire de cet embryon un individu socialement indépendant de la femme qui le porte (Moulin, 2006). Véritables icônes de la culture technoscientifique, les images échographiques qu'on retrouve désormais tant dans les albums de photos de famille que dans les publicités ont en effet largement participé à la construction sociale de l'embryon-citoyen. Rendu transparent, le corps maternel s'efface devant cette figure iconographique de l'individu en devenir (Lafontaine, 2014 : 168-169).

Aussi, résultat des avancées biomédicales, le désir d'enfant se place à son tour comme moteur de nouveaux développements biomédicaux, particulièrement des nouvelles technologies de reproduction (Martin, 2011). Au nom de l'enfant du désir se mobilisent une panoplie de technologies visant la matérialisation et la concrétisation du projet qu'il représente, le rendant de la sorte, le plus autonome possible. Même s'il est très éprouvant et encore plus difficile d'évaluer les répercussions psychologiques et émotionnelles des personnes effectuant des requêtes d'assistance médicale à procréer, il n'en est pas moins vraisemblable que les nouvelles technologies de reproduction promulguent, nourrissent et renforcent une logique de perfectibilité chère à la technoscience. Guidée par un besoin de répondre au désir d'enfant, la technoscience a également participé à mettre de l'avant l'autonomie de l'enfant en matérialisant l'enfant du désir avant même sa naissance. D'autant plus que l'enfant des technosciences est encore plus « désiré qu'il est moins l'enfant de la nature. Plus il est le fruit de l'artifice, quel que soit celui-ci, plus il est ce qu'il doit être, c'est-à-dire l'enfant de ses parents (ou de son parent) » (Gauchet, 2007 : 110). Cette dissolution des frontières entre la nature que « *nous sommes* » (Habermas, 2001 : 39) et l'appareil organisme que nous « *nous donnons* » (Habermas, 2001 : 39) a également contribué à « l'affirmation d'un modèle biomédical orienté vers l'optimisation et l'artificialisation des potentialités biologiques » (Lafontaine, 2014 : 160).

## **2. Procréation médicalement assistée et infertilité**

### **2.1 Technologie de reproduction : un bref historique**

De leur côté, les technologies de reproduction ont émergé grâce à la compréhension scientifique de la reproduction, du genre et du sexe permettant ainsi de manière technoscientifique au désir des corps infertiles à enfanter (Franklin, 2013). Effectivement, c'est en abordant la reproduction non plus d'un point de vue uniquement culturel, mais également scientifique et médical, que des technologies de reproduction, notamment la

fécondation *in vitro* se sont développées. Rassemblant toutes les technologies pouvant servir à la reproduction humaine, animale ou végétale, les technologies de reproduction ont véritablement renversé et brouillé les frontières entre nature et artifice (Lafontaine, 2014). À l'origine développées dans le cadre de l'élevage industriel, entre les années soixante-dix et quatre-vingt, l'insémination et la fécondation *in vitro* ont « progressivement été appliquées aux femmes pour le traitement de l'infertilité humaine » (*Ibid.* : 161). C'est donc cette transposition sur le corps féminin de « biotechnologies, originellement conçues pour mieux contrôler la reproduction d'animaux d'élevage à la base de l'exploitation scientifique » (*Ibid.* : 162) qui a donné le premier « bébé éprouvette ». En ce sens, au nom du désir d'enfant, les technologies de reproduction ont permis une prise en charge des corps reproducteurs influençant de manière significative les conceptions de la filiation et de la famille. Comprises comme une nouvelle solution pour les couples et adultes désirant « faire famille », mais qui en sont incapables sans assistances médicales, les technologies de reproduction supposent un univers cadré, normé, contrôlé et maîtrisé. Conjuguée aux logiques de contrôle et de maîtrise nourrie par les logiques de contrôle qui ont permis le désir d'enfant, la procréation assistée va laisser place à une conception de la reproduction centrée sur des idéaux de santé parfaite et de contrôle des risques. Par conséquent, Sarah Franklin va même jusqu'à se demander si la parenté, dans le cas de la fécondation *in vitro*, ne deviendrait pas de l'ordre de la technologie même (Franklin, 2013). Ainsi, les technologies de reproduction laissent place à de multiples débats quant aux liens de filiation, mais aussi à une importante redéfinition de l'expression du désir d'enfant dans le cas des couples infertiles à savoir en quoi participent-elles à renforcer une vision normée de la reproduction guidée par des logiques de contrôle.

## **2.2 Passage d'une médecine qui soigne à une médecine méliorative**

Portée « par un imaginaire collectif qui légitime, dans nos sociétés, la prise en charge médicale du dysfonctionnement qui les empêche de procréer » (Hertzog, 2014 : 94), l'infertilité fait toujours l'objet d'une définition imprécise. Longuement considérée comme une « pathologie exclusivement féminine, [la stérilité s'explique, jusqu'au 19<sup>e</sup> siècle, par] la mélancolie, le manque de sommeil, la luxure, la maigreur, l'obésité, mais aussi, et plus étrange, l'extrême beauté de la femme ou au contraire sa laideur » (Cailleau, 2006 : 88). Il faut donc attendre la moitié du 19<sup>e</sup> siècle pour qu'apparaissent les premières explications scientifiques sur la physiologie de la stérilité et jusqu'au début du 20<sup>e</sup> siècle pour que le diagnostic médical de la stérilité voie le jour (*Ibid.*). Pour sa part, l'infertilité est perçue comme une pathologie découlant de multiples causes (problèmes liés à la production d'ovules ou de spermatozoïdes, infections transmises sexuellement, endométriose ou déséquilibre hormonal) et est rapidement médicalisée. Actuellement définie comme étant l'absence de conception après avoir eu des relations sexuelles, sans utiliser de moyen de contraception pendant une période raisonnable (un an pour les femmes de moins de 35 ans et six mois pour les femmes de 35 ans et plus) (Gouvernement du Canada, 2013), la définition même de l'infertilité est le résultat d'un construit social. Souvent non diagnostiquée ou partiellement diagnostiquée, l'infertilité n'est pas présentée comme une condition indépendante et reste difficile à définir pour plusieurs raisons. Diverses recherches sociologiques et anthropologiques quant à la fécondation *in vitro* suggèrent que la sous-définition fréquente de l'infertilité a paradoxalement conduit à une expansion de



son diagnostic ou pré-diagnostic en prenant la forme d'une « *catégorie parapluie* » (Franklin, 2013 : 225), un peu fourre-tout. Passant par des explications allant des diagnostics génétiques à la prévention de maladies génétiques, aux fausses couches répétées à l'incompatibilité des gamètes mâles et femelles ou même des facteurs quotidiens comme le style de vie (couples qui vivent ensemble ou séparément), tout le monde semble désormais à risque de l'infertilité (*Ibid.*). En ce sens, « non seulement l'infertilité n'est pas en soi une pathologie, mais ses causes peuvent être autant de nature physiologique que sociologique » (Lafontaine, 2014 : 161). Le paradoxe se comprend ici dans cette prise en charge médicale d'un phénomène qui ne l'est pas. Comme l'incapacité à procréer ne se vit plus comme une fatalité biologique, mais bien comme un obstacle à un nouveau projet parental, la médecine et la technoscience ont pris en charge de pallier à cet obstacle. En ce sens, la médecine de procréation « est, dans son fondement même, une médecine méliorative [...] visant à rendre performant un corps qui ne répond pas au désir de fécondité des patients et des patientes et aux normes sociales encadrant la reproduction » (*Ibid.* : 162). Par conséquent, ce ne sont pas les causes de l'infertilité qui forment l'objet du « soin », mais bien l'absence même de conception qui devient le « problème médical » (Vandelac, 1996 : 66). Même s'il est très éprouvant et encore plus difficile d'évaluer les répercussions psychologiques et émotionnelles des personnes effectuant des requêtes d'assistance médicale à procréer, force est d'admettre qu'au nom du désir d'enfant, la médecine procréatrice laisse place à une sorte de fabrique d'humains et d'humaines potentielles où sont créés de toutes pièces de nouveaux enfants. Le corps se trouve ainsi transformé en un organisme « contingent, capitalisable et susceptible d'être augmenté et recombinaison d'une infinité de manières » (Thompson, 2014 : 133), renforçant ainsi des logiques de perfectibilité et de contrôle.

Considérant que le taux de réussite de la fécondation *in vitro* demeure, encore aujourd'hui, plutôt décevant, cette méthode s'avère être la plus utilisée, voire la plus sollicitée, en matière de procréation médicalement assistée. Même si environ 85 % des patients et patientes « arrivent au résultat de production d'œufs fertilisés *in vitro*, seulement 25 % à 27 % de ces derniers vont aboutir à une grossesse viable » (Châteauneuf, 2011 : 82). En moyenne, en 2012, le taux de réussite pour les femmes âgées de moins de 35 ans est d'environ 47 %, de 68 % pour les femmes entre 35 et 37 ans, de 28 % pour les femmes entre 38 et 40 ans, de 16 % pour les femmes de 40 à 42 ans et d'environ 3 à 6 % pour les femmes âgées de plus de 43 ans (T. Greely, 2016). En somme, malgré le faible taux de réussite de cette technique, force est de constater que la puissance du désir d'enfant continue de motiver les parents à recourir à cette pratique (Clarke, 1998).

### **2. 3 Les rhétoriques d'espoir et de promesse de la procréation médicalement assistée**

En ce sens, au nom du désir d'enfant et sous le couvert de l'espoir et de la promesse de réparer les corps infertiles, la fécondation *in vitro* suggère une importante croyance en la médecine et en la technoscience. Dépasant les limites des corps infertiles en permettant une reproduction biologique hors corps et hors sexualité, la procréation médicalement assistée prend appui sur des logiques néolibérales du libre-choix et d'autonomie individuelle impliquant l'idée selon laquelle chaque individu est dorénavant responsable de son avenir « reproductif » (Lafontaine, 2014 : 147). Comme la procréation médicalement assistée propose un corps non seulement maîtrisable et contrôlable, mais pouvant aussi être

optimisé et amélioré, elle suggère également qu'on le prenne en charge individuellement si l'on veut le parfaire. Enfin, d'un côté se place la responsabilisation de l'individu infertile de choisir d'optimiser son propre corps, et du coup, de concrétiser son désir d'enfant, et de l'autre, la prise en charge étatique du discours et de l'accès à ces « soins ». Responsabilité individuelle et responsabilité collective s'imbriquent pour laisser place au désir d'enfant génétique, nous y reviendrons, calqué sur un modèle biologique de la reproduction. Ainsi, la procréation médicalement assistée, pratique banalisée et normalisée, est conçue comme un investissement chargé d'espoir pour les couples infertiles, renforçant l'idée de pouvoir mettre au monde des enfants « parfaitement normaux » (Franklin, 2013 : 3).

Bouleversant les représentations matérielles de la reproduction et du rapport à l'enfant, qui lui prend la forme d'un projet toujours plus contrôlable, les technologies de reproduction s'inscrivent dans des représentations normatives et normées de la famille, mais aussi de l'engendrement où se forge un « idéal à atteindre », dorénavant possible puisque maîtrisé. Indissociable de la pensée occidentale visant le progrès, c'est dans une optique de liberté et de contrôle que s'est bâtie cette vision organisatrice du corps (ici du corps reproductif), laissant place à l'enfant programmé des technologies de reproduction. Cette possibilité de contrôler non seulement les corps reproductifs, mais également les processus d'enfantement, tant dans la manière de procréer qu'en regard des nouvelles identités parentales, amène la perspective d'une dissolution de la corporalité qui semble prendre place au cœur de la biomédicalisation de la reproduction et de la parentalité (Thompson, 2005). Autrement dit, motivée par les logiques entourant le désir d'enfant, la médecine curative a ici cédé le pas à une médecine visant l'optimisation et le dépassement des limites des corps infertiles. C'est donc à la lumière d'une vision biomédicale de l'infertilité, comportant des contours quelque peu flous, que l'appareil biotechnologiques en matière de reproduction a pris place. Le corps reproductif, particulièrement celui des femmes, se retrouve fragmenté et contrôlé par l'univers biomédical en plus d'avoir comme effet d'objectivé le rapport à l'enfant. Sortis du corps humain dorénavant « technoscientifiquement décomposé, séparé de ses capacités vitales » (Bouchard, 2016 : 35), tant les gamètes, les cellules souches et les embryons prennent forme d'entités objectivées produites en laboratoires. Ainsi, cette mise à distance des composantes des *futurs enfants* rend possible une objectivation des enfants à *venir* prenant appui sur des idéaux esthétiques, moraux et culturels (Bouchard, 2016; Almeling, 2011).

### **3. Génétisation du discours : quand l'idéal dominant se transforme en idéal génétique**

#### **3.1 Le message génétique : fondement du vivant?**

Suivant les idéaux de perfectibilité, le corps reproducteur est donc traduit en processus informationnel où chaque individu possède son propre bagage génétique. Propre à la molécularisation de la culture, pour reprendre les paroles de Nikolas Rose, l'intérêt toujours plus grand pour la génétique et ses impacts sur la constitution humaine influence également les logiques entourant la reproduction (Rose, 2006). Par définition, un gène est une unité de base d'hérédité localisée sur les chromosomes s'exprimant, au cœur de la vie cellulaire, sous forme de protéines. Découverte dans les années 1910 (T. Greely, 2016), la présence physique des gènes a eu un important impact sur nos représentations et pratiques de la parenté, menant lentement vers une génétisation de la parenté, pour reprendre les paroles de Finkler (Châteauneuf, 2011 : 39). Pour la première fois, par le biais de la

génétique, est ainsi proposée une vision de l'homme, de l'animal et de la plante « faite de pièces et de morceaux, "bricolés" » de telle façon que, pour fonctionner, le message chimique qu'il produit, "l'ARN messenger", doit être découpé en tranches, comme si la nature s'était complu à maintenir une situation aussi "archaïque" et aussi complexe que possible » (Gros, 1986 : 285-286). Corollaire de la cybernétique où le maître mot de la biologie n'est plus « organisation », mais plutôt « information », la génétique prend la forme d'un nouveau langage à la fois heuristique et métaphorique : un langage chimique de l'hérédité (Maurel et Miquel, 2001 : 41). Il y a un peu plus de cent ans, personne n'aurait pu imaginer qu'un jour, l'humain posséderait les clefs du fonctionnement génétique au point de savoir déchiffrer jusqu'aux instructions de certains organismes vivants.

### **3.2 De la génétique à la génétisation : le gène comme fondement identitaire**

Le fait d'accéder au mode d'emploi de l'humain ne s'est pas fait sans susciter certains émois. En effet, se situant au cœur de la biologie moléculaire, la notion de gène s'est rapidement inscrite dans un imaginaire collectif sans précédent. Perçus comme étant la découverte du *blueprint* de l'être humain, les gènes et les fragments d'ADN sont présentés comme un ensemble d'instructions déterminant la condition humaine des individus, tout comme un plan détaillé détermine la construction de l'objet, les réduisant ainsi à des déterminations génétiques (Lippman, 1991). Sont promptement rattachés à la génétique des discours, des signes et des valeurs lui attribuant, en quelque sorte, une forme mystérieuse, nébuleuse, pratiquement mythique. En plus de son importante portée scientifique et médicale, la génétique a suscité, à la fois espoir, émotion et réprobation (Gros, 1986), en proposant de décortiquer et de mettre en lumière « cette base physique « que nous sommes par nature ». Ce que Kant mettait encore au compte du « règne de la nécessité » (tiré de Gros, 1986 : 245) est ainsi renversé par la génétique, la théorie de la contingence, du risque et du contrôle. Passant ainsi d'une gestion politique du risque au niveau des populations, la molécularisation de la vie suggère une biopolitique axée sur une gestion des risques génétiques propres au corps de chaque individu. À la base d'immenses banques de données, d'échantillons et de recherches en médecine moléculaire et personnalisée, la génétique se retrouve rapidement au cœur de la biopolitique du fait de sa potentialité à fournir de riches et amples renseignements sur les populations. Abby Lippman, généticienne et professeure au département d'épidémiologie et de biostatistique à l'Université McGill, traduit ce nouveau discours à travers la notion de *génétisation* (Lippman, 1991). Un peu à la même manière d'un manuel d'instruction, ici propre à chaque individu, la génétisation désigne le processus « par lequel les différences entre individus sont réduites à leurs codes ADN » (Le Bidan, 2013 : 25). La génétisation du discours s'inscrit ainsi dans une logique où il y a promotion du contrôle scientifique des corps, individualisation des problèmes de santé, mais surtout où la génétique est présentée comme une nouvelle compréhension de la maladie et de la santé, selon Lippman (1991). C'est donc dans cette perspective que la nouvelle possibilité de contrôler et maîtriser les corps infertiles, les stades de la grossesse et du développement prénatal laisse place à un désir d'enfant surpassant son aspect social et temporel en prenant forme d'un désir d'enfant personnalisé et génétique. Cette vision quasi-architecturale de l'humain réduit, au final, le « sens de la vie à la syntaxe de ses instructions » (Maurel et Miquel, 2001 : 56) et du même

coup, le sens de la reproduction à ses procédés purement techniques, mécaniques et biologiques en évinçant cette fois-ci le corps.

La présence physique des gènes a eu un important impact sur nos représentations et pratiques, menant lentement, comme le souligne l'anthropologue Kaja Finkler (2000), vers une génétisation de la famille de la parenté. Cette insertion de la biomédecine dans le champ de parenté a ramené cette dernière aux voies traditionnelles basées auparavant sur les liens de sang, devenus liens de gènes (Flinker, 2001). Ainsi, l'enfant à venir peut devenir le possible résultat d'une suite logique d'interventions humaines, technologiques et biomédicales. Pour satisfaire leur désir d'enfant, les parents peuvent choisir d'interférer ou pas dans le processus d'engendrement. Permettant effectivement le désir d'un enfant par la maîtrise technoscientifique de la reproduction, la génétisation rend également possible une maîtrise prénatale génétique. Il est donc envisageable d'identifier, de favoriser et de valoriser, avant même la naissance, certains traits génétiques, influençant le développement biologique et social de l'enfant à naître. S'ils le souhaitent, au cœur des démarches de sélection embryonnaires, les futurs parents

seront informés autant qu'ils le souhaitent sur l'ADN des, disons, 100 embryons et de l'implication de cet ADN quant aux maladies, au physique, au comportement et aux autres traits que produirait comme enfant chacun de ces embryons. Ensuite, ils seront invités à choisir un ou deux embryons à transférer dans un utérus afin de poursuivre la gestation. Et tout cela sera sécuritaire, légal, et, pour les futurs parents, gratuit<sup>2</sup>. (T. Greely, 2016 : 2, traduction libre)

Cette nouvelle conception de la reproduction, mais aussi de la filiation, ici, basée sur une conception génétique, s'inscrit dans un idéal de « reproduction autonome » (Lippman, 1991 : 22)., encourageant la divulgation d'informations relatives à la reproduction et permettant ainsi aux femmes de faire des choix procréatifs éclairés. Cependant, puisque devenant possible hors corps et hors sexualité, cet idéal de « reproduction autonome » prend appui sur les mêmes logiques d'optimisation et d'amélioration des corps, ici des corps à venir (ceux des bébés), promues par la biomédicalisation. Cette nouvelle quête individuelle d'investir dans sa propre santé et d'optimiser son corps se transpose donc vraisemblablement dans notre rapport à l'enfant(ement) où « les meilleures histoires sont celles qui parlent de réconfort, de choix et de contrôle »<sup>3</sup> (*Ibid.* : 44, traduction libre). Un peu comme un nouveau fétichisme, cette obsession pour le gène comme conception identitaire tend vers un idéal familial ou seul l'enfant désiré *génétiquement* semble prendre toute sa légitimité. Dans cette perspective, est donc véhiculée une vision de l'enfant qui reposerait essentiellement sur son héritage génétique, plaçant ses gènes au premier rang de son développement. Ainsi, cette nouvelle logique réductionniste et essentialiste faisant des gènes la seule explication causale favorisée, voire exclusive des « variations interpersonnelles et intercommunautaires au sein

---

<sup>2</sup> will be told as much as they want to know about the DNA of, say, 100 embryos and the implication of that DNA for the diseases, looks, behavior, and other traits of the child each of those embryos might become. Then they will be asked to pick one or two to be transferred into a womb for possible gestation and birth. And it will all be safe, legal, and, to the prospective parents, free. (T. Greely, 2016: 2)

<sup>3</sup>"the best-selling stories about them speak of reassurance, choice and control"

de l'espèce humaine, et survalorisation le caractère prédictif [...] des facteurs génétiques au détriment des facteurs socioéconomiques et environnementaux » (Rouvroy, 2008 : 11) prend souvent la forme de *discours de vérité*.

### **Conclusion : Vers un bébé biogénétique**

Enfin, dans un contexte où sont exercées des pratiques de manipulations génétiques comme CRISPR-Cas9, il est important de s'interroger sur la portée des discours biomédicaux entourant le désir d'enfant et la concrétisation de nouvelles technologies afin d'y répondre. Au nom du désir d'enfant, les technologies de reproduction ont permis ce dépassement des limites du corps reproductif en rendant possible un corps fertile et performatif. Visant éventuellement la correction de maladies génétiques graves, les technologies comme CRISPR-Cas9 rendent tangible le fait qu'au nom du désir d'enfant et au nom d'une santé parfaite, seront mis au monde des enfants génétiquement modifiés. Dans cette perspective, combinées au désir d'enfant, les pratiques de manipulations génétiques participent à nourrir la tentation de favoriser l'expression de traits physiques ou mentaux désirables, et de créer des bébés répondant à des désirs socialement et culturellement construits. Portée par des logiques de promesse (de mettre au monde des enfants sans maladies), d'espoir (de prévenir toutes maladies génétiques), de risque et de surveillance, CRISPR-Cas9, par exemple, suggère de situer le gène aux origines de l'identité. C'est donc à la lumière de l'apogée du désir d'une maîtrise parfaite de la reproduction et de l'héritage génétique que des pratiques comme CRISPR-Cas9 prennent tout leur sens.

C'est donc en redéfinissant les frontières entre artifice et nature que le développement de la médecine de procréation représente un tournant décisif dans la biopolitique contemporaine (Testart, 1992). Qu'il soit question d'une transformation d'ordre symbolique ou médical, la possibilité de contrôler et de maîtriser les corps infertiles marque profondément notre rapport à la reproduction. Puisqu'elle devient possible hors corps et hors sexualité, la fécondation s'inscrit maintenant dans une logique d'optimisation et d'amélioration des corps. C'est donc cette valorisation de la filiation génétique, possible par la technique, qu'il faudrait remettre en question. Cette valorisation de la filiation génétique est indissociable d'un désir d'enfant libéral, individuel et capitaliste. Bien souvent, sous la rhétorique du désir d'enfant et des technologies de reproduction, se trouve véhiculé un corps « désormais multiple, contingent, capitalisable et susceptible d'être augmenté et recombinaison d'une infinité de manières » (Lafontaine, 2014 : 160).

En somme, la reproduction revêt ainsi la forme de la production technique, génétique et économique d'un nouveau corps (*Ibid.*). Au nom de l'idéal génétique et du désir d'enfant libéral se construisent des logiques de filiation parentales personnalisées et technicisées. Au cœur de ces logiques, non seulement l'enfant devient-il un objet modifiable et améliorable, mais il peut devenir également le résultat d'un processus de sélection guidé par des motivations culturelles et personnelles d'une tierce partie. Optimiser son propre corps constitue peut-être une attitude envisageable, mais planifier le corps de sa progéniture en tant qu'objet malléable s'inscrit possiblement dans la formulation d'un certain mouvement social à savoir : « Un enfant si je veux, quand je le veux et comme je le veux »?

## Références

- ALMELING, Rene (2011). *Guynecology: Men, Medical Knowledge, and Reproduction*, University of California Press, 240 p.
- BOUCHARD, Élodie (2016). *Médecine de reproduction et sélection génétique : la mise en acte d'un idéal de corporéité*, Montréal : Université de Montréal, 153 p.
- CAILLEAU, Françoise (2006). « Et si c'était dans la tête? Histoire et représentations de l'infertilité », *Cahiers de psychologie clinique*, no 26, Belgique : De Boeck Supérieur, pp. 85-98.
- CHATEAUNEUF, Doris (2011). *Désir d'enfant, procréation médicalement assistée et adoption : réflexion sur la définition des liens de parenté*, Montréal : Université de Montréal, 465 p.
- FLINKER, Kaja (2001). « The Kin in the Gene: The Medicalization of Family and Kinship », *American Society*, vol. 42, no2, pp. 235-263.
- (2000). *Experiencing the New Genetics: Family and Kinship on the Medical Frontier*, University of Pennsylvania Press, 2000, 296 p.
- FRANKLIN, Sarah (2013). *Biological relatives – IVF, Stem cells and the future of kinship*, Duke University, 376 p.
- GAUCHET, Marcel (2007). « L'enfant du désir », *L'Esprit du temps*, Champ psy, no 47, pp. 9-22
- (2004). « La redéfinition des âges de la vie », *Le Débat*, novembre/ décembre, pp. 27-44
- GOUVERNEMENT DU CANADA. « Fertilité; qu'est-ce que l'infertilité », *Canadien en santé*, [http://canadiensensante.gc.ca/healthy-living-viesaine/pregnancy-grossesse/fertility-fertilité/fert-fra.php], consulté le 10 février 2016.
- HABERMAS, Jürgen (2001). *L'avenir de la nature humaine : vers un eugénisme libéral?*, Paris : Gallimard, 166 p.
- HERTZOG, Irène-Lucile (2014). « Les coûts de l'assistance médicale à la procréation pour les femmes salariées », *Biotechnologies et travail reproductif : une perspective transnationale*, dans *Cahiers du Genre*, pp. 87-104.
- GREELY, Henry T. (2016). *The End of Sex and the Future of Human Reproduction*, Cambridge: Harvard University Press, 400 p.
- GROS, François (1991). *Les secrets du gène*, Paris : Seuil, 568 p.
- LAFONTAINE, Céline (2014). *Le corps-marché*, Paris : Seuil, 288 p.
- LANDRY, Yves-Légaré, Lapierre-Adamcyk, Évelyne, Légaré, Jacques, Moriessette, Denis et Yves Péron (1984). « Le cycle de la vie familiale au Québec : vues comparatives, XVIIe-XXe siècles », vol 13, no 1, *Population et histoire*, Québec : Association des démographes du Québec, pp. 59-77.
- LE BIDAN, Marion (2013). « La généticisation des maladies : discours critiques et analyses historiques », dans *L'innéité aujourd'hui : connaissances scientifiques et problèmes philosophiques*, Lyon : Université Lyon 3, Irphil, pp. 25-45.
- LERIDON, Henri (2015). « Théorie de la fécondité : des démographes sous influence? », *Population*, vol. 40, no 2, pp. 331-374.
- (1999). « Une révolution démographique encore mal comprise », dans Étienne-Émile Baulieu, Françoise Héritier et Henri Leridon, *Contraception : contrainte ou liberté*, Édition Odile Jacob, Paris, 1999, pp. 65-78

- LIPPMAN, Abby (1991). « Prenatal Genetic and Screening : Constructing Needs and Reinforcing Inequities », *American Journal of Law and Medicine*, vol. 17, pp. 15-20.
- MARTIN, Sylvie (2011). *Le désenfancement du monde*, Montréal : Liber, 220 p.
- MAUREL, Marie-Christine et MIQUEL, Antoine (2001). *Programme Génétique : concept biologique ou métaphore*, Paris : Kimé, 127 p.
- MOULIN, Anne-Marie (2006). « Le corps face à la médecine », dans *Histoire du corps, Tome 3*, Alain Corbin, dir. Paris : Seuil, pp. 1-65.
- ROSE, Nikolas (2006). *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Princeton University Press, 368 p.
- ROUVROY, Antoinette (2008). « Généticisation et responsabilité : les habits neufs de la gouvernance néolibérale », dans *Généticisation et responsabilité*, Dalloz, coll. « Thèmes & commentaire », Ed. Marie-Angèle Grimaud, Christian hervé, Michèle S. Jean, Emmanuelle Laforêt, Patrick A. Molinari. Dalloz, coll. « Thèmes & commentaire », pp. 109-118.
- TESTART, Jacques (1992). *Le désir du gène*, Paris: Flammarion, 281 p.
- THOMPSON, Charis (2014). « Vote, ovocytes et cosmétiques. Les trois jalons identitaires du recours au genre dans la recherche sur les cellules souches en Californie », dans *Biotechnologies et travail reproductif : une perspective transnationale*, *Cahiers du genre*, Éditions L'Harmattan, pp. 105-138.
- (2005). *Making Parents : The ontological choreography of reproductive technologies*, Cambridge: The MIT Press, 360 p.
- VANDELAC, Louise (1996). « Technologies de reproduction : l'irresponsabilité des pouvoirs publics et la nôtre », *Sociologie et Société*, vol 28, no 2, pp. 59-75.
- YONNET, Paul (2010). « L'avènement de l'enfant du désir », *Études*, Paris : S.E.R., pp. 43-52.