

La représentation de l'Assistance Médicale à la Procréation chez les femmes infertiles en Algérie ?

تصورات المساعدة الطبية الإنجابية عند النساء التي تعاني العقم في الجزائر؟

Aicha Benabed. Doctorante en sociologie de la santé
Mohamed Mebtoul. Professeur de sociologie Directeur
 de thèse
 Université Mohamed Ben Ahmed. Oran2 (Algérie)

ملخص:

كيف تتمثل المساعدة الطبية للإنجاب لدى النساء اللواتي يعانون من العقم في الجزائر؟ تسعى هذه المساهمة إلى تحديد وإبراز معاني المرأة فيما يتعلق بالتقنيات الإنجابية للمساعدة الطبية للإنجاب. ومن ثم، فإن الأمر يتعلق باستجواب الطريقة التي يفكرون بها ويتصورون هذه التقنيات، مع التركيز بوجه خاص على العناصر التي تبدو لهم أساسية في تجربتهن الخاصة. وللإجابة عن هذا السؤال، أجري مسح نوعي المبحوثات. وتبين من خلال بحثنا أن الإنجاب بمساعدة طبية يستتخ تعيد انتاج المعايير الاجتماعية والأخلاقية المهينة في المجتمع الجزائري و التي تعكس الاختلاف الجنسين. وهو يمثل اختبارا ملزما يحول بعمق سجل العلاقات الحميمة بين الرجل والمرأة.

الكلمات المفتاحية: العقم، الأساليب الإنجابية، المعايير، الجسد، الطفل.

Résumé :

Comment se représente l'assistance médicale à la procréation chez les femmes infertiles en Algérie ? C'est à ce questionnement que cette contribution voudrait objectiver et mettre en exergue le sens et les significations des femmes à l'égard des techniques reproductives de l'assistance médicale à la procréation. Il s'agit donc de questionner la façon dont elles pensent et conçoivent les techniques de l'assistance médicale à la procréation, en insistant particulièrement sur les éléments qui leur semblent essentiels dans leur expérience vécue. Pour répondre à ce questionnement, une enquête qualitative a été réalisée auprès des femmes candidates de l'AMP. Il ressort de notre enquête que l'assistance médicale à la procréation reproduit les normes sociales et morales dominantes dans la société algérienne profondément sexuée. Elle représente une épreuve contraignante et transforme en profondeur le registre des relations intimes entre hommes et femmes.

Mots clé : Infertilité, techniques reproductives, normes, corps, enfant.

Introduction

Notre questionnement proposé ici se focalise sur les sens pluriels et les représentations produites par les femmes infertiles algériennes à l'égard des techniques de l'assistance médicale à la procréation (AMP). En Algérie, les nouvelles techniques de procréation, autrement nommées procréation médicalement assistée (PMA), puis assistance médicale à la procréation (AMP), constituent un objet d'étude relativement récent. Mais au-delà des mots, il s'agit d'une médicalisation, qui s'applique à la procréation et l'engendrement, bouleversant les mentalités et déstabilisent les représentations culturelles traditionnelles de la reproduction humaine, et autour de laquelle une multitude de valeurs s'affrontent. La scène de la procréation se déplace du l'univers conjugal à celle de la médecine et des laboratoires. Il s'agit donc de questionner la façon dont les femmes pensent et conçoivent les techniques de l'assistance médicale à la procréation, en insistant particulièrement sur les éléments qui leur semblent essentiels dans leur expérience vécue. Il nous semble donc essentiel de comprendre les valeurs produites dans la société et les familles concernant les questions centrales de

l'enfantement et du statut de l'enfant pour mieux appréhender les rapports construits par le couple face aux techniques de l'assistance médicale. Les procédés biotechniques de l'assistance médicale à la procréation créent un nouveau cadre social de la fécondation marquant un glissement de l'intimité vers une intervention technique au point que nous pouvons parler de mutation anthropologique ou comme disait (Gavarini, 2002) ces techniques nous invitent à penser à une néo-anthropologie de la reproduction humaine.

En Algérie, l'infertilité est considérée comme un événement négatif dans la vie du couple et associé à beaucoup de stigmate car « les critères que la société lui a fait intérioriser, sont autant d'instruments qui le rendent intimement sensible à ce que les autres voient comme sa déficience » (Goffman, 1975, pp. 17-18). Lorsqu'elle s'étale dans le temps, elle devient problématique et fait l'objet d'une demande d'aide médicale.

Le couple est perçu par son entourage comme un couple hors normes. Le couple va donc s'engager de façon résolue et pragmatique dans l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP), quand il constate qu'il est dans l'incapacité d'enfanter. Cette pratique médicale est destinée à répondre à la demande parentale d'un couple. Elle aide à l'obtention d'une grossesse en favorisant la rencontre entre les gamètes mâles et femelles. Elle s'entend des « pratiques cliniques et biologiques permettant l'insémination artificielle, la conception in vitro et le transfert d'embryons. Il s'agit d'une conception d'un enfant en dehors de relations sexuelles fécondes. Elle peut exclusivement être pratiquée pour « remédier à une infertilité dont le caractère pathologique est médicalement constaté. En Algérie, elle est le plus souvent rattachée¹ à des cliniques privées. Elle n'affecte pas la parenté en matière de filiation puis qu'elle s'applique sur un couple marié légalement. Mais elle implique des réalités anthropologiques fondamentales telles que : l'enfant, la procréation et sexualité, le rapport au corps, la famille...etc, qui débordent la simple logique de satisfaction d'avoir un enfant. L'enfant est désiré « socialement, de par le statut qui lui est attribué et il l'est techniquement, de par les conditions dans lesquelles il est conçu » (Gaucher Marcel, 2004). Ce désir d'enfant prend forme à la fois au croisement des exigences de réalisation personnelle, des souhaits de consolidation du couple, du besoin de conformité aux modèles culturels de fécondité et des volontés de transmission. (Nicoletta Diasio, 2009, p : 09). Il est au cœur des représentations non seulement du couple mais également de la famille. Le recours à cette aide médicale est loin d'être naturel.

La stratégie dominante de l'institution familiale et le centre d'AMP se détermine par la conformité de la norme sociale et au système de genre. C'est le corps féminin qui est d'abord désigné comme siège de l'infertilité et donc prioritairement mobilisé pour l'intervention thérapeutique. En effet, les propos de Françoise Héritier à savoir que « la stérilité s'entend spontanément au féminin, partout et toujours » sont encore d'actualité. L'appropriation du pouvoir de fécondité des femmes, un pouvoir qui est vital pour la constitution et la survie de toute société s'accompagne du confinement des femmes dans le rôle maternel ». Butler a clairement posé la procréation comme question qui justifie le système entier de domination sociale fondé sur la fonction de la reproduction obligatoire pour les femmes et sur l'appropriation de cette reproduction ». La médecine est intervenue sur le corps des femmes, en tant que corps reproducteur (Tain, 2003), comme avec l'invention de la pilule, la pratique de l'avortement médicalisé et celle des nouvelles technologies de reproduction (Gardey, 2005). Suite à ces avancées médicales, les féministes qui ont étudié ces nouveaux modes de reproduction, ont démontré comment les nouvelles technologies de reproduction, dans leur traitement de l'infertilité, suivaient une idéologie patriarcale et comment ces techniques devenaient des moyens d'appropriation et d'exploitation des corps des femmes (Laborie, 1986). L'enfantement est envié auquel vont se développer des processus sociaux et symboliques qui rendront possible le statut de mère (Oria, Camus, 2013, p.111).

¹ En Algérie, sur les 18 centres d'AMP, 15 sont rattachés au secteur privé et 03 dépendent du secteur public.

En outre, si le couple recourt à l'assistance médicale de procréation AMP, il devra traiter toutes les conséquences de sa décision. Ce qui nous semble néanmoins l'intérêt d'aborder la question des représentations des femmes à l'égard de l'AMP, car les femmes et les familles suivent une stratégie de secret pour cacher l'infertilité et le recours à l'AMP. Cette stratégie met en marche une « culture du silence » qui entoure généralement les problèmes reproductifs. Par contre, ceci est essentiel à restituer pour comprendre les logiques des individus (Mebtoul, 2015). C'est ainsi que les représentations sociales² sont définies comme « une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 2003). Elle nous donne lieu à une construction de sens de ces femmes sur l'objet et articule un savoir d'élaboration et de justification (Boltanski, 1991).

Le regard socio anthropologique que nous adoptons ici, est essentiel pour mieux comprendre la diversité des représentations des femmes à l'égard de l'assistance médicale à la procréation. Pour cela, nous avons privilégié l'approche qualitative. Cette dernière consiste à restituer les propos de l'autre par la recherche de la qualité des discours émis par les interviewés. Elle est basée sur des entretiens individuels, approfondis, répétés et de longue durée. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des femmes âgées de 30 à 47 ans et les hommes âgés entre 37 ans et 54ans. Pour cet article, nous nous limitons à un corpus diversifié composé au total d'une vingtaine de couples infertiles aux centres de fertilité privés d'Oran, région de l'Ouest Algérien. L'accent a été mis sur la diversité des statuts et des conditions sociales. L'ensemble de ces femmes appartiennent donc aux catégories sociales et professionnelles moyennes et supérieures et, dans une moindre mesure, à des catégories moins favorisées et d'un niveau d'instruction très varié. Pour une première catégorie de femmes, plusieurs fécondations in vitro (FIV) ont déjà été tentées. Par contre, certaines ont expérimenté une Fécondation in vitro (FIV), en recourant par la suite à la (Kafala³). D'autres femmes ont débuté les démarches médicales. Elles sont en attente d'un enfant. Notre posture de recherche est focalisée sur la parole des femmes qui tentent une FIV. Celle-ci est essentielle pour objectiver leur expérience sociale et leurs rapports noués avec leur médecin. Ce sont les femmes qui vont être douloureusement confrontées dans la durée aux techniques de l'assistance médicale, et non les hommes qui privilégient l'évitement de l'enquêteur, en déployant souvent une logique du secret.

Nous avons structuré notre article en quatre points. Le premier doit nous permettre de montrer que les techniques de l'AMP, sont loin d'être neutres. Elles reproduisent les normes sociales dominantes dans la société algérienne profondément sexuée. Dans un deuxième point, il s'agit d'objectiver toutes les épreuves endurées par les femmes nécessairement confrontées à l'AMP. Celle-ci est représentée comme l'alternative de la dernière chance pour enfanter. En troisième lieu, il s'agit de montrer le glissement de l'intimité du couple contraint de socialiser le désir d'enfant, en s'orientant vers une intervention technique. Le dernier point nous permettra de mettre au jour les sens attribués par les femmes aux techniques d'AMP. Malgré son caractère artificiel, elles sont acceptables puisque le résultat est identique au résultat d'une fécondation naturelle ordinaire.

²Rappelant que Moscovici a élaboré sa théorie sur les représentations sociales dans les cadres disciplinaires de la psychologie. Et il s'est inspiré des écrits de Durkheim sur les représentations collectives.

³C'est l'adoption dans l'expression française. *Lakafala* s'avère une institution familiale de parentalité sociale et juridique. Elle exprime la volonté de prendre l'enfant *makfoul* pour son enfant sans lui transmettre son nom et son héritage, de fonder une filiation basée sur le lien socio-affectif visant l'intérêt supérieur de l'enfant, c'est-à-dire son éducation, son entretien. Si la question ne concerne pas la rupture du lien de filiation avec la famille d'origine lorsque l'enfant *makfoul* est de filiation connue, il est nécessaire en revanche de redéfinir la notion de filiation, comme la fonction d'être parent.

1- Les techniques d'AMP : une reproduction des normes sociales.

Malgré les mutations et des transformations qu'a connues la société algérienne relatives à la montée de la scolarisation des filles et le travail de femmes (Kateb, 2016), l'imaginaire patriarcal reste encore dominant dans la société algérienne, et participe au maintien des inégalités de genre. « La mère féconde est l'image projetée sur l'idéal absolu de la maternité, grossesse et allaitement (Souad Khodja et Andrée Doré-Audilibert, 1998, p : 56). En donnant des enfants, la femme n'aura pas son statut d'épouse mais plutôt un statut de mère. Cette représentation caractérise fortement l'imaginaire patriarcale légitimant et produisant des normes situant les personnes dans une lignée généalogiques destinée à se reproduire. L'assistance médicale à la procréation va aider les femmes à se conformer aux normes de la société dont elles appartiennent. « L'action de la société se traduit par une série de normes, de règles et de valeurs qui définissent l'ensemble des représentations liées au corps féminin et masculin pour contrôler l'évolution normalisée des conduites de l'individu et de l'obliger à être conforme aux modèles sociaux » (Fsian, 2015).

Les femmes se conforment aux valeurs sociales et normes religieuses de la société algérienne. Elles font tout pour ne pas dévier de ce conformisme prégnant dans la société. En effet, il semble important de rappeler que l'Algérie, comme d'autres pays, produit un étiquetage très discriminant à l'égard d'une femme infertile. Etre « stérile » empêche la lignée de se reproduire dans la mesure où la femme est considérée comme un support biologique de la lignée. Elle est frappée d'invalidité sociale si elle est stérile puisqu'elle n'a pas rempli sa fonction pour laquelle avait été demandée en mariage » (Addi Lahouari, 1984, p : 14). En donnant des enfants, elle n'aura pas son statut d'épouse mais plutôt un statut de mère. L'absence d'enfant est synonyme de stigmatisation et de marginalisation pour les femmes car la reconnaissance sociale passe avant tout par la maternité (Fine, 2001 : p 26). L'absence d'enfants, disqualifie la femme dans la société. Cette disqualification est de l'ordre de la visibilité durant les interactions avec autrui (Goffman, 1975). Les femmes sont conduites à l'isolement et à la marginalisation durant les fêtes traditionnelles parce qu'elles se perçoivent déviantes par rapport aux autres qui enfantées. Rozée et Maguy montrent que les femmes se définissent elles-mêmes comme déviantes par rapport au « normal », qui est de faire des enfants (Rozée et Maguy, 2012 : p 23). Ecoutons Fatima âgée de 41 ans, mariée depuis 10 ans, a tenté trois inséminations et une FIV, raconte : « Souvent, dans un mariage lorsque je rencontre des jeunes femmes, qui se sont mariées quelques mois après moi, sont tombées enceinte ou encore lorsqu'on m'invite à la guasaa⁴, nfesse⁵ ou t'hara⁶, je ne supporte pas le regard et les discours des autres femmes, j'étais tout le temps interrogée, elles te mettent de la pression à un point où tu te sens hors catégorie... Donc il faut bien les éviter et ne pas partager avec elles ces moments, qui refuse des moments pareils ? Mais, les gens t'obligent... ».

Cette aide médicale vient pour traiter la « faille » des rôles sociaux comme disait Bidart, (1997 : p. 53). Ces normes contribuent ainsi à configurer des représentations de la virilité, de la féminité, tant du côté des patients que du corps médical » (S. Mathieu, 2013, p : 31). Un couple voudrait un enfant pour être dans la norme. Pour ces femmes, lorsqu'un couple se marie, la question d'avoir un enfant s'impose. Vouloir un enfant fait partie de l'idéal social et familial. Ainsi accéder à ce personnage de mère, la femme accèdera au statut social de pouvoir (Inhom, 2003). Le recours des femmes aux techniques d'AMP est en réalité indissociable de ce devoir familial profondément incorporé dans leur corps social, qui consiste à accéder au statut de mère. Ainsi, le poids de la belle famille, principalement la belle mère, est pesant. En effet, Inhorn (1996, 2003, 2012), s'est longuement intéressée à la question de la

⁴ Guasaa : c'est célébrer une fête de nouveau né.

⁵ Nfess : fêter le 40^{ème} jour après la naissance de l'enfant.

⁶ T'hara : c'est la circoncision de l'enfant

masculinité dans le monde arabe (2012). Elle s'est focalisée sur la question de la famille patriarcale comme variable importante dans le problème de l'infertilité masculine précisément la réaction de la famille et de la belle-famille à l'annonce du diagnostic d'infertilité, et des pressions familiales.

Lorsque l'enfant ne vient pas, il devient un problème où l'aide médicale va créer chez la femme une adaptation avec son environnement social. Pour ces femmes, le désir d'être mère est contrarié par un obstacle qui, peu à peu, devient insupportable. D'ici, le désir d'enfant est entendu par un désir de descendance et de la nécessité d'accomplir un devoir envers soi-même et la collectivité. C'est l'assistance médicale à la procréation qui va répondre à cette exigence d'enfant et permettre aux femmes de se conformer à leur rôle attendu. Ce désir d'enfant n'échappe pas à l'emprise de la famille qui influence la décision du couple au sujet de la procréation. Car la famille demeure un lieu privilégié d'appartenance, de transmission et de socialisation. Ce devoir d'avoir un enfant, est donc soumis à cette conformité et à l'ordre social. Les femmes déplorent que ces valeurs de conformité aux modèles culturels de fécondité et ces volontés de transmission les conduisent à accepter activement les techniques reproductives de l'AMP.

L'infertilité et les techniques reproductives sont largement analysées à l'aune du genre en tant que système hiérarchique définissant le masculin et le féminin et organisant leurs rapports sociaux de sexe (Héritier, 1996 ; Löwy, 2005). Les nouvelles techniques de procréation multiplient le partage hiérarchique binaire entre les sexes destinant les femmes au travail reproducteur (L. Tain, P : 240). Les techniques de l'assistance médicale à la procréation renvoient à un ensemble de représentations qui entourent le monde féminin et qui fait porter la responsabilité des femmes. Cette représentation intègre la question centrale du genre. Cette façon de « voir » le désir d'enfant ne peut être comprise qu'en référence aux identités sexuelles et donc à la hiérarchisation des sexes. Elles perçoivent que leur statut de femme est lié à la maternité (Bouhdiba, 1975 : p. 263), à travers son personnage qui enfante, son statut de mère lui permet « de se faire une place » (Lhassani, 1995 : p 14). Avec l'aide médicale, les femmes retrouvent l'équilibre et la stabilité familiale. C'est ainsi que les techniques d'AMP sont perçues comme objet de régulation, porteuses des valeurs normatives entourant la procréation, la féminité et la famille. Faire une famille c'est reproduire la norme sociale visant de construire un projet d'enfant, comme disait Irène Théry (2005, p 53).

A contrario, le discours de certaines femmes montre que l'enfant est considéré comme un épanouissement personnel indispensable. Selon elles, ces nouvelles techniques de reproduction viennent comme étant un complément d'un épanouissement et de développement de soi. Ces femmes tentent de s'épanouir individuellement au sein de l'entité familiale. Dans cette vision, Jean-Hugues Déschaux⁷ souligne que : « L'épicentre n'est plus dans le groupe d'appartenance mais dans l'ensemble de la société. Chacun croit être unique et autonome. On fait un enfant, non plus pour la société ou pour la lignée mais pour soi » (Déschaux, 2014, p. 552). Les femmes pensent qu'il est important de se distancier des idées reçues « elle n'est pas obligée d'être comme les autres ». Il semble que ces femmes cherchent à s'affranchir des rôles prescrits et des statuts établis par le modèle traditionnel de la famille. Leur intérêt pour ces techniques de procréation s'explique par le fait qu'elles représentent un moyen de pallier le problème majeur que constitue l'absence d'enfant dans la vie du couple. C'est l'exemple de Khadidja est âgée de 38ans, et tente sa deuxième FIV. Elle dit :

« A ce jour, les gens continuent à blâmer la femme pour un problème d'infertilité... et la femme de son côté se culpabilise, elle voit que la vie s'est arrêtée, elle se déprime mais je

pense la déprime est du beaucoup plus au regard des gens que d'être infertile....certes on est toutes là pour faire un enfant mais... [Silence]...en plus les nouvelles techniques...le taux de réussite est faible, les techniques ne peuvent pas faire tout...donc, moi, si cette fois-ci ça ne marche pas, j'essayerai de dépasser ces épreuve, de m'en occuper d'autres choses et vivre heureuse ».organisationnelles en ce qui concerne l'organisation des rendez vous et la nécessaire disponibilité qu'elle exige, tant dans la vie professionnelle que personnelle. Elle est unanimement perçue comme un grand investissement en terme de temps. Au travail, la gestion des rendez-vous en AMP par rapport au planning professionnel est souvent vécue comme contraignant et compliqué.

Si le parcours en AMP est vécue comme de véritables contraintes, ceci ne semble pas interdire à certaines d'entre elles, de faire face à toutes les épreuves longues et douloureuses de l'AMP et de s'inscrire résolument dans une logique du risque pour tenter d'enfanter.

2- Les techniques d'AMP : « une épreuve » douloureuse et complexe

Les techniques d'AMP mettent les femmes à rude épreuve. La notion d'épreuve est ici pertinente parce qu'elle met l'accent sur « l'incertitude, qui, dans une perspective de l'action, habite à des degrés divers, les situations de la vie sociale » (Boltanski, Chiapello (1999)). Ces techniques constituent des procédés et moyens éprouvants, lourds, pénibles, de point de vue physique et psychologique. Dans l'ouvrage « Un enfant : à quel prix ? » ou « La stérilité du couple en question » écrit par Larbi Ould Larbi professeur de la faculté de médecine et membre fondateur de la Société Algérienne de Fertilité et de Contraception, l'auteur souligne qu'un couple sur quatre dans le monde a des difficultés à procréer et à avoir un enfant. Seulement 2 à 5% de ces couples souffrent d'une véritable stérilité. Il montre que lorsque tous les moyens thérapeutiques classiques ont été épuisés, intervient la procréation médicalement assistée, qui reste une technique de dernier ressort et très coûteuse. Malgré l'indéniable efficacité de ces méthodes, le succès n'est pas toujours assuré, n'offrant que des chances minimales au prix de sacrifices physiques, psychologiques et financiers très lourds des femmes et que les parcours peuvent être longs et éprouvants.

En effet, les exigences des traitements font d'elles de femmes combattantes pour avoir un enfant. Pour elles, la «recherche de l'enfant», devient une épreuve pénible. Les examens, le traitement hormonal, les absences répétées du travail, la culpabilité, peur d'échec, etc... sont autant des épreuves et des étapes complexes qu'il faut franchir. L'épreuve va permettre aux acteurs de se départager lors d'un conflit, en confrontant leurs points de vue à partir d'équivalences établies entre les sujets et les objets. Les femmes expriment la lourdeur des traitements. Elles mettent l'accent sur la fréquence des examens. Une d'entre elle nous raconte:

« Lors des périodes de traitement je faisais une échographie tous les deux jours, le matin pour observer l'évolution des follicules. De plus, il fallait se rendre disponible afin de joindre les biologistes et le médecin du centre, qui avaient eu les échographies pour qu'elles puissent me dire comment continuer les traitements et quand faire les prochaines échographies et prise de sang...alors pour les interventions que j'ai subies avant la ponction, là, je suis restée choquée... La biopsie est simple à réaliser, mais elle très douloureuse...j'étais traumatisé, imaginez-vous que lorsque la femme le fait plusieurs fois, je connais beaucoup de femmes qui ont abandonné... ».

Les examens et biopsies peuvent être répétés. Il s'agit des interventions chirurgicales douloureuses. La plupart des femmes ont subi plusieurs hystérogaphies (radiographie de l'utérus et de trompes) pour voir l'état des trompes. Enfin, laparoscopie est aussi plus douloureuse que la précédente permettant de vérifier à l'aide d'une sonde optique l'état des organes reproducteurs. Rares sont les femmes qui n'ont subi aucune au cours du processus d'AMP. Ces interventions sont faites souvent sous anesthésie générale. Certaines évoquent

également les piqûres pour exprimer la lourdeur du protocole et la difficulté de concilier les traitements et leur activité professionnelle :

« C'est lourd parce que ça fait mal, des piqûres à faire... il y en avait que je supportais tout... plus ça avançait et plus ça me faisait mal... Avec les examens toutes les 48 heures et mon boulot ce n'était pas évident... »

Certaines femmes expriment la douleur que le traitement entraîne sur leur santé physique et émotionnelle. D'autres considèrent que ces nouvelles techniques de la reproduction sont des techniques médicales qui prennent les femmes comme des « jouets dans les mains de ceux qui les manipulent ». Leur efficacité est incertaine et porteuse des risques. Elles se voient obligées de se soumettre à ces techniques car elles leur offrent la possibilité d'avoir un enfant. L'entretien réalisé avec notre répondante Malika s'est déroulé dans la salle d'attente le jour du transfert d'embryons. Malika est enseignante âgée de 36 ans. Elle a subi une FIV⁸ en Jordanie qui se terminée par une fausse couche, trois inséminations artificielles à Oran et une FIV en cours. Elle répond en critiquant l'usage de la technique.

«... Ici nous ne sommes que des numéros de dossiers et des statistiques... ils voient si notre corps a fonctionné ou non, nous sommes prises comme des objets, des machines à réparer... Ça marche tant mieux pour vous, ça marche pas vous retournez dans votre galère toute seule ».

Les femmes insistent sur le caractère impersonnel et instrumental de ces techniques. En effet, Le Breton (2005, [1990] : p 187) critique la vision instrumentale et mécaniste du corps mise de l'avant par la médecine moderne : « Dans l'élaboration graduelle de son savoir et de son savoir-faire, la médecine a négligé le sujet et son histoire, son milieu, son rapport au désir, à l'angoisse, à la mort, le sens de la maladie, pour ne considérer que le « mécanisme corporel ». Ce n'est pas un savoir sur l'homme, mais un savoir anatomique et physiologique. Selon l'auteur, la médecine occidentale, ancrée dans « le rythme de la modernité » oublie que l'être humain est un être de relations et de symboles et qu'il s'inscrit dans une trajectoire sociale et individuelle. Le corps est toujours un produit psychosocial (Fsian, 2015).

Face à cette épreuve complexe, les femmes sont solidaires entre elles. Elles créent un espace de parole et d'écoute. Dans ce contexte, l'épreuve est sous-entendu un examen. L'épreuve envoyée par Dieu est ressortie systématiquement dans le discours des femmes. Dans le centre de fertilité, Radia, une jeune femme, dynamique et souriante, sort du bureau de la gynécologue et vient nous joindre dans la salle d'attente. Elle nous explique qu'elle doit assurer ces « amies » avant de quitter le centre et dit : « Pour moi, je prends ça comme une épreuve « al ibtila » et il faut alors « faire preuve de patience... On ne peut prétendre être croyante sans être éprouvé par Allah, la foi se mérite par un travail, par la patience, par le fait de surmonter les épreuves. Ces épreuves peuvent concerner la personne, les biens, la famille... si on nous enlève quelque chose, c'est toujours pour nous placer quelque chose de meilleur ». La religion semble pour les femmes, une modalité très importante pour faire face aux difficultés et aux échecs dans cette mise à l'épreuve représentée par les techniques de l'AMP.

Pour d'autres femmes, le traitement de la fécondation in vitro est analogue à d'autres prescriptions médicales. C'est une manière de banaliser la FIV, tout en insistant sur l'importance du soutien familial qui leur permet de supporter le traitement. L'accès à ces techniques est perçu par les femmes, comme une chance et une opportunité pour tenter d'enfanter. C'est le recours de « dernière chance ». La recherche de Françoise-Romaine Ouellette, (1988) sur l'expérience des femmes candidates d'AMP, nous aide à comprendre pourquoi elles adhèrent à la « solution » médicale malgré les difficultés et les risques qu'elle comporte souvent. Les témoignages des femmes en traitement d'infertilité en disent long sur l'obligation qu'elles ressentent d'être traitées. Il était impossible pour les femmes de refuser

⁸ FIV : Fécondation *In Vitro*

une offre médicale et scientifique c'est-à-dire d'essayer l'AMP. Ces attitudes favorisent l'ouverture aux interventions techniques tout en consolidant l'idée que tout doit être tenté. Cette perspective traduit progressivement leur droit à la santé, aux services de santé, à la reproduction, jusqu'au droit à l'enfant sans pour autant ignorer les interrogations sur les raisons d'être de ces technologies. En outre, ces femmes identifient les techniques de l'AMP comme des méthodes qui favorisent une reproduction technicisée. La maternité se traduit par une dispersion corporelle qui fait suite à la gestion technique de la procréation. Cette décomposition et recombinaison spatio-temporelle de la procréation transforment la corporalité de l'humain dans ses dimensions organiques et imaginaires. Cette logique exprime au fait une logique technoscientifique qui, dans le champ de la procréation humaine, aboutit à une redéfinition pragmatique et technicienne de la procréation à travers les gamètes prises comme pièces détachables, manipulables, menace l'intégrité du corps. Dans ce sens, le développement des rapports marchands qui prennent place dans le domaine de la procréation où « les conditions de la procréation, décomposées scientifiquement, se présentent désormais comme un montage d'éléments biologiques, susceptible de donner lieu à des transactions entre des porteurs, transactions qui ne sont plus dominées par le rapport sexuel ». (Tort, 1992 : 64). En effet, les recherches de Gay Becker centrées sur le problème de l'infertilité, enrichies des interrogations anthropologiques fondamentales sur les enjeux des nouvelles techniques de reproduction liés à la famille, l'identité et les valeurs. Il adopte un point de vue critique et engagé contre un système industriel et sanitaire qui fait bien peu de cas du respect des personnes. Il montre que les technologies de la procréation « deviennent des produits de consommation où le critère déterminant est la capacité à payer, et l'autre sur le bilan dressé à propos de la « normalité » après le « long voyage » dans le monde de l'infertilité » (Gay Becker, 2000).

Les femmes produisent tout un imaginaire négatif sur les risques liés aux techniques de l'AMP sur le plan physique et psychique. La méfiance semble être de rigueur. Pour ces femmes, leur santé est en jeu dans cette expérimentation technique, en évoquant explicitement la maladie du cancer et les malformations génétiques de l'enfant qui émergent de l'usage de ces techniques. L'enjeu de la génétique et le développement biomédical s'ajoute à la méfiance et au doute du couple sur les liens de filiation de l'enfant et le lien du sang. En effet, la filiation, le nasab⁹, au sens biologique sous entend comme une représentation sociale du corps, de la procréation et de ses substances. Cependant, les techniques reproductives impliquent un caractère associé à l'idée qu'une conception humaine puisse avoir lieu à l'extérieur du corps de la femme comme disait Gavarini (2002 : p 84) : « Tant la fonction médiatrice de la médecine que l'introduction de la technique et de la science biomédicale au coeur de la relation sexuelle et conjugale ne semblent plus faire flamber les passions, ni même provoquer de réserves ». Les techniques biologiques interviennent dans le processus de la reproduction de manière à permettre une reproduction sans sexualité, alors que l'infertilité demeure largement associée à la sexualité et en ce sens, elle relève symboliquement de la sphère privée et intime. La sexualité se détache alors de la reproduction. La dissociation entre fonction reproductrice et sexualité qu'incarnent les nouvelles techniques reproductives peut se faire même en l'absence de toute relation sexuelle.

3- Les techniques d'AMP : un dévoilement de l'intimité

Les techniques de reproduction s'immiscent au coeur de l'intimité du couple marquant un glissement de l'intimité charnelle vers une intervention technique. L'intimité du couple est dévoilée. La conception ne résulte plus de l'intimité sexuelle d'un homme et d'une femme, mais se réalise dans un contexte médical. Il est important de penser les frontières entre ce qui

⁹L'enfant doit être impérativement affilié à son père biologique.

est public et ce qui appartient à l'intime, à la sphère privée et au secret, tels la famille, le corps, la santé, la procréation, la sexualité.

Durant les consultations, il est indéniable que la dimension religieuse ou plutôt morale a son rôle à jouer. L'intrusion de l'équipe médicale lors de la prise en charge (réalisation de spermogramme, test Huhner...) est vécue comme une violation de leur intimité et peut laisser des séquelles sur sa sexualité. La prise en charge en AMP est souvent perçue comme une série d'atteintes à la pudeur. Cette pudeur comme manière de vivre au féminin s'avère difficilement dé-constructible parce que profondément incorporée et liée aux rapports sociaux de sexe. La pudeur et la honte dévoilent la position subalterne de la femme. Cette dernière n'ose pas se montrer ou parler en présence des hommes. L'intimité étant dévoilée aussi bien dans les multiples examens diagnostiques que dans les différentes phases de traitement, ce qui induit souvent une gêne. Ces examens touchant souvent à l'intimité, sont difficilement vécus. Ces femmes inscrites dans un protocole de FIV trouvent des difficultés à s'exposer son intimité conjugale dans la sphère de l'institution médicale. Ceci place toutefois la femme dans une posture inconfortable. Par ailleurs, parce que l'infertilité est une condition stigmatisée, l'intimité, devient ici essentielle. Comme l'écrit Foessel, (2008 p. 67) : « L'intime n'est pas ce qui n'apparaît jamais. Il désigne plutôt ce qui est retranché de la sphère sociale des échanges ». Les femmes se retrouvent en position de passivité, dépossédés de leur sexualité, de leur intimité, reprochent le manque d'intimité de la salle d'attente.

La présence de la technique dans l'intimité du couple est donc sortie du cadre du contexte procréatif conjugal et transférée à la clinique. Sous les techniques d'AMP, elle devient visible. Le test post-coïtal est à ce titre emblématique et est souvent subi de gêne. Mais il est aisé de comprendre dans ces conditions que le traitement de l'AMP puisse apparaître moins pire car il est porteur d'espoir. Dans une vision médicale, l'infertilité engage le rapport au corps, à la sexualité. Les femmes trouvent du mal à la révéler. Mais elles sont obligées à se dévoiler. Certaines femmes évoquent qu'il est tolérable que les professionnels essayent de contourner l'infertilité en passant par ces techniques. « Je pense que la fécondation in vitro est une bonne solution pour réaliser le désir d'enfant... c'est très raisonnable. Il suffit juste que les gens nous comprennent c'et tout ».

Les femmes voient que leur intimité conjugale n'a donc pas droit de la cacher au sein de l'univers médical. Certaines se sont plaintes du manque d'intimité lors des différentes étapes de leur parcours. Les femmes considèrent qu'il est inadmissible de ne pas avoir une chambre individuelle. Elles reprochent aux personnels le manque de discrétion concernant leur identité en présence de nombreuses personnes autour d'elles. Elles pensent que le médecin se substitue au rôle défaillant du couple. Il prend des initiatives, programme des relations sexuelles, pénètre dans l'intimité de l'homme et de la femme. Les médecins ou des biologistes font partie d'une nouvelle configuration de l'enfantement qui échappe à la conjugalité et à son intimité (Gavarini 2002 : p 83). Une d'entre elles, évoque que son mari révolté par ce transfert de la sexualité, en usant de la métaphore suivante : « c'est une sexualité sur ordonnance ». Il est donc contraint d'accepter cette méthode. Il refusé principalement le recueil du sperme ou sa congélation qu'il l'a nommera aussi : « une masturbation sur ordonnance ». La fusion des cellules reproductrices dans les conditions artificielles d'un tube à essai, puis leur implantation au stade de l'embryon dans l'utérus de la femme, interrogent la conception hors du corps féminin et des possibles impacts de « l'expérimentation ». Cette technique « de manipulations » selon l'expression d'une patiente, est perçue comme une sorte d'acte de transgression à la norme de la fécondation et de la conception de l'enfant. Cette instrumentalisation de la fécondation devient une question du sens moral de l'acte médical. Les femmes se rendent compte que leur intimité est bafouée et remise en question dans

l'univers médical. Les méthodes d'AMP impliquent l'apparition, aux côtés du couple, d'un partenaire médical, qui désigne l'intimité de la relation médecin-patient mais aussi toute l'équipe : médecins, infirmières, secrétaires, anesthésistes. Ce partenaire médical aura au moment thérapeutique plus qu'un rôle de prescripteur : un rôle d'acteur et c'est ce qui change tout.

4- Les techniques d'AMP et sexualité re-naturalisée

La religion musulmane permet une séparation entre la sexualité et la procréation, mais ne permet pas de dissociation entre la biologique et le juridique : l'enfant soit conçu dans le cadre du mariage. Dans la même approche, Simone Bateman, a montré que l'assistance médicale à la procréation soulève un problème de morale sexuelle qui ne semble pas d'emblée évident. Elle disait : « En d'autres termes, pas de tiers dans la sexualité du couple autre que Dieu, vraie source de la fécondité du couple; pas d'autres actes que ceux « spécifiques » de la sexualité génitale, et pas d'autres cadres pour cette sexualité « exclusive » que celui du mariage. C'est parce que Dieu est la source de fécondité d'un couple. Dès le moment de sa conception, la vie de tout être humain doit être absolument respectée ». Selon nos interlocutrices, la permission du recours à l'assistance médicale à la procréation découle de ce que l'infertilité est une maladie, et l'Homme a l'obligation de chercher le remède à toutes les maladies. Cette obligation trouve sa source dans les objectifs eux-mêmes de la loi islamique » (Al Attrach, 2006, p 151). Ces femmes élaborent, pour elles-mêmes, une éthique du recours à ces nouvelles techniques de reproduction. Elles perçoivent Dieu qui décide de la procréation.

La place de la religion dans le processus technique de l'AMP est omniprésente. Pour ces femmes, l'efficacité des traitements attendue ou obtenue, est ici attribuée à une force divine. « C'est Dieu qui permet ou non à donner la vie¹⁰. Les médecins font de leur possible, ils rapprochent les gamètes de la femme et de son mari... Ils ne font que subir l'action divine ». En fait, la procréation est mystère. Les femmes se réfèrent à Dieu, seul lui revient la décision de leur destin. Dans cette vision, et en comparons avec ce qui se passe ailleurs, la sociologue Séverine Mathieu montre bien, dans son ouvrage intitulé : L'enfant des possibles, la place de la religion dans le processus technique de l'AMP en soulignant l'importance de l'aménagement des règles religieuses mais dans une vision pragmatique et individualiste. C'est ce que son interlocutrice disait : « C'est Dieu qui fera que je suis enceinte. Donc s'il n'est pas d'accord, il ne le fera pas » (Mathieu. S, p. 35).

En outre, La pratique de l'assistance médicale à la procréation est perçue comme « naturelle » malgré son caractère artificiel. Le résultat de la technique est identique au résultat de la procréation naturelle. Elle se situe dans la restriction socio-légale des fondements socioculturels de la société algérienne. Elle se produit également par le maintien de l'expérience de la grossesse et de l'accouchement. Ainsi, le développement des nouvelles techniques reproductives ont contribué à inscrire le processus reproductif dans un espace particulier, celui de procréation sans sexualité. Cela témoigne, comme disait Corine Fortier : « le fait de dissocier la procréation de la sexualité n'est pas en soi un problème en islam » (Corine Fortier, 2013 : p 13). Cependant, les représentations concernant la naissance de l'enfant semblent être modifiées car l'imaginaire de l'enfantement a été pénétré par la

¹⁰ Dans un entretien avec une de nos interlocutrices, (enseignante en sciences Islamiques) se basant sur des versets coraniques, nous explique que la vie humaine ne commence que le 120^{ème} jour. L'âme (*ruoh*) est insufflée par Dieu à ce qui n'était encore qu'un « morceau de chair ». Celui-ci est passé par le *nutfâ* (goutte de sperme), l'*alaga* (caillot de sang) et le *mudgha* (morceau de chair). (Sourate el Hadj n° XXII, verset n° 5) et (Sourate El mouninoun n° XXIII, verset n° 12-13-14). Sourate El Insan n° 76 verset 2. Sourat Equiama 75, verset n° 37-38 -39

technicité médicale (Gavarini, 2001 : p10). Lorsqu'on parle d'une insémination artificielle ou une fécondation in vitro, le caractère artificiel peut être entendu de plusieurs manières. « L'artificialité renvoie aux applications d'une technologie médicale lourde aux corps humains infertiles, à l'activation des matériaux biologiques de la reproduction in vitro, à un « faire semblant » par lequel la médecine entend résoudre, grâce à des assemblages en laboratoire, ce que la « nature » ne parvient pas à produire. » (Gavarini, 2002 : p 03). « La procréation a pu soudainement apparaître comme le résultat d'un acte biologique et technique, hors sexe, un acte scientifiquement dirigé.

Les femmes rapportent les mots utilisés par leur entourage familial et professionnel pour dire que l'enfant né par aide médicale à la procréation est appelé par ces termes tels que : « enfants de la science », « bébés éprouvettes », « enfant artificiel », « bébé in vitro », « bébé de la dernière chance », « enfant oueld labra », « enfant made in science », « enfant du laboratoire »... Ces femmes représentent la procréation à l'aide des techniques d'AMP comme « naturelle » « c'est le procédé qui est artificiel manipulé par le médecin ». Cette procréation peut constituer des interventions « raisonnables » et moralement acceptables. Son caractère dépend du but visé. Ces techniques sont utilisées pour aider à procréer. Ce qui leur donne un caractère naturel. En effet, la naturalisation de la reproduction, fondée sur l'image du rapport sexuel, ne s'impose pas comme une évidence. Avec l'assistance médicale à la procréation, la reproduction ne découle pas obligatoirement de la sexualité. Certaines femme se mettent d'accord avec les médecins gynécologues, urologues et biologistes pour conclure que cette pratique n'a rien d'artificielle ou hors nature. Ils mettent en présence des ovocytes et les spermatozoïdes c'est la même manière d'une rencontre des gamètes dont un spermatozoïde doit féconder un ovocyte. Par conséquent, la sexualité redevient naturelle. Il semble que, dans l'AMP, la sexualité n'existe pas mais elle prend forme d'une sexualité « re-naturalisée ».

Cette « naturalisation » se produit en comparaison avec la procréation sans l'aide médicale notamment sur les moments de la procréation (la grossesse et l'accouchement). Les femmes élaborent un discours qu'elles jugent être rationnelle. « ...parce que l'enfant qui naît, n'est pas un « extraterrestre », l'embryon ne se développe pas dans une « bouteille » ou un tube, par l'accentuation du maintien du lien génétique en tout les cas, l'enfant est « notre » enfant, une partie de notre chair ». L'aspect « naturel » constitue à classer les techniques dans ce qui est « rationnel et positif ». Les techniques offrent une aide aux femmes (et aux couples en général) pour qu'elles puissent avoir un enfant et selon leur expression : « vouloir sentir la grossesse » et faire vivre l'expérience de la maternité. Le sentiment d'artifice (insémination artificielle) se retrouve très rarement chez les femmes cadres mais souvent chez leur entourage. Les femmes montrent que ces techniques appartiennent au progrès. Le but d'AMP est clairement limité à la procréation.

Les femmes aux foyers, ayant un niveau scolaire secondaire, n'hésitent pas à enrichir leurs connaissances dans le domaine de l'AMP, en s'appropriant de façon autodidacte un savoir médical résultant de leurs recherches sur internet ou grâce aux différents médias. Il semble en effet important d'indiquer la multiplicité d'acteurs qui vont intervenir sur la question de l'infertilité. Elle ne se réduit pas aux mondes sociaux de la médecine. Elles ont en effet recours aux imams etc... Ces femmes, déjà familiarisées avec ces techniques, arrivent à distinguer l'insémination artificielle et la FIV des autres techniques qui sont en effet des pratiques ne visant pas la procréation.

« La FIV, oui, c'est une technique raisonnable qui peut ... à laquelle on peut avoir accès. Mais d'autres techniques comme le clonage et ces trucs-là, c'est quelque chose qui n'est pas admissible. Ça c'est une autre affaire, c'est différent...L'insémination et de la FIV ne sont que des moyens permettant de procréer dans les normes que Dieu nous les a tracé ».

Ces dernières sont exclues de ce que «sont» autorisées. Elles distinguent entre l'acceptable et l'inacceptable en se référant à la norme religieuse.

Conclusion

Notre posture compréhensive nous a permis de décrire les sens donnés aux techniques reproductives auquel le recours est envisagé. Le discours de nos interlocutrices est nettement diversifié. Chaque représentation est distincte des autres mais elles reflètent le rapport des femmes à ces techniques et leur savoir en regard de la reproduction humaine. Ces techniques ne sont pas déconnectées du contexte social. Elles s'inscrivent dans des croyances et des représentations préalablement existantes définies comme un processus constituant une structure d'une personne en quête de sens » (Fsian, 2015). Les techniques de la procréation assistée, parce qu'elles sollicitent l'intervention de la médecine, remettent en avant la dimension collective de la reproduction et de la filiation. En revanche, elles sont venues transformer en profondeur le registre des relations intimes entre hommes et femmes et mettre en jeu une logique techniciste représentée par l'idéologie du progrès scientifique. En outre, malgré son caractère artificiel (technique), le lien génétique du même couple (marié légalement), le redonne son caractère naturel. Finalement, reconnaître les savoirs des femmes à propos des techniques l'assistance médicale à la procréation, c'est reconnaître leur existence sociale en tant qu'actrices plutôt que simples témoins. Ce n'est pas parce que la femme n'a pas connu de maternité qu'elle est moins femme. Il est nécessaire de se débarrasser des stéréotypes du genre : la femme n'a pour mission que la procréation. Reconnaître l'autre pour ce qu'il est et non pour ce qu'il a, c'est déjà une façon d'accepter chacun avec ses différences et, accepter l'autre tel qu'il est, c'est aspirer aux changements positifs. Pour des recherches prometteuses à l'avenir, nous essayerons d'examiner les points de vue des hommes et des professionnels praticiens à propos de ces techniques.

Références bibliographiques

1. ADDI, L., 1984, Les mutations de la société algérienne. Famille et lien social dans l'Algérie contemporaine, Editions La Découverte, Paris.
2. ANDREE., Doré-Audilibert, et Khodja, S., 1998, Etre mère au Maghreb et en Méditerranée : Du mythe à la réalité, édition Karthala, p : 15
3. BIDART, C., 1997, « Parler de l'intime : les relations de confiance ». In D. Le Gall (sous la direction de), Mana, revue de sociologie et d'anthropologie, 3, « Approches sociologiques de l'intime », Paris, L'Harmattan, 19-53.
4. BOLTANSKI, L. & Thévenot, L., 1991, De la justification. Les économies de la grandeur. Paris, Gallimard.
5. BOUHDIBA, A., 1975. La sexualité en Islam, Eds PUF,
6. BYDLOWSKY M, 2000, Je rêve d'un enfant : l'expérience intérieure de la maternité, Odile Jacob, Paris
7. BYDLOWSKY M., 2008, Les enfants du désir, Odile Jacob, Paris
8. CHANTAL, D., 1998, Procréation artificielle : Discours des experts sur les enjeux scientifiques et sociaux. Etude de cas en sociologie de la science, Thèse de doctorat. Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval, Québec.

9. CHATEAUNEUF, D., 2011, « Projet familial, infertilité et désir d'enfant : usages et expériences de la procréation médicalement assistée en contexte québécois » *Enfances, Familles, Générations*, n° 15, p. 61-77.
10. DAUDELIN, G. 2002. « Entre le ventre et la tête : les déplacements du sens de la procréation dans l'espace des nouvelles techniques de reproduction », dans F. Descarries et C. Corbeil (S.dir), *Espaces et temps de la maternité*, Montréal, Les Éditions du Remue-Ménage, 359-380.
11. DAUDELIN, G., 1998, *La réflexivité dans la connaissance de sens commun. Des représentations sociales des nouvelles techniques de la reproduction d'usagères de la médecine de la reproduction*. Thèse de doctorat. Montréal, Département de sociologie, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal.
12. DAUDELIN, G., 1999, *Des savoirs de femmes sur les nouvelles techniques de reproduction* », *Recherches féministes*, vol. 12, n° 2, p. 61-83.
13. DIASIO N, « Comment l'enfant fait-il famille ? », *La Revue des sciences sociales*, « Désirs de famille, désirs d'enfant », n°14, 2009, p : 9. (((Homoparentalité, recours à l'assistance médicale à la procréation et à l'adoption, adoparentalité, enfants adultérins dans les procédures de divorce » ,
14. DECHAUX, J-H., 2014, *Le sacre de l'enfant. Regards sur une passion contemporaine*, revue française de sociologie, N°3 Vol.55
15. DORE-AUDILIBERT, A., et Khodja, S., 1998, *Etre mère au Maghreb et en Méditerranée : Du mythe à la réalité*, édition Karthala, p : 15
16. FINE, A. 2001. « Maternité et identité féminine », In Y. Knibiehler (sous la direction de), *Maternité, affaire privée, affaire publique*, Paris, Bayard, 61-76.
17. FOESSEL, M. 2008. *La privation de l'intime*, Paris, Le Seuil.
18. Fortier C., 2013, *Genre, sexualité et techniques reproductives en islam*. In *Normes religieuses et genre. Mutations, résistances et reconfiguration (XIX^e-XXI^e siècle)* (dir) Florence Rochefort, Maria Eleonora Sanna. Edition, Recherches. Armand Colin,
19. FOUCAULT, M. 2009. *Le corps utopique. Les hétérotopies*, Paris, Nouvelles Editions Lignes.
20. FSIAN, H., 2015, *Corps, représentations sociales et personnalisation*, p.67-p.78, In Hallouma Cherif (S. dir), *Représentations sociales et contextes culturels*, PUO. Algérie.
21. GAUCHER., M., 2004, *l'enfant du désir*, *leDébat*, 132, n° 132, 2004/5, p. 98-121.
22. GAVARINI L., 2001, *La passion de l'enfant. Filiation, procréation et éducation à l'aube du XXI^e siècle*, Paris, Éditions Denoël.
23. GAVARINI., L., 2002, « La production d'un nouvel imaginaire scientifico-biologique », *Journal des anthropologues*, p.79-p.101.
24. GOFFMAN, E., 1975, *Stigmaté. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de Minuit.
25. HERITIER., F, *Masculin / Féminin*, tome 1, Paris, Éditions Odile Jacob, 1996.
26. JODELET, D., (2003), *Les représentations sociales*, *Sociologie d'aujourd'hui*, PUF
27. JODELET, D., 1991 « Représentations sociales : un domaine en expansion », in Denise Jodelet (dir.), *Les représentations sociales*. Paris, Presses universitaires de France : 31-61.
28. LE BRETON D., 2005, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, Presses ; Universitaires de France. [1^{ère} édition : 1990],
29. LHASSANI, A., 1995, *La citadelle détruite*, Rabat, Média Stratégie.
30. LÖWY., I, *L'emprise du genre*, La Dispute, Paris, 2006
31. MATHIEU, S., 2013, *L'enfant des possibles. Assistance médicale à la procréation, éthique, religion et filiation*, Paris, Éditions de l'Atelier.
32. MATHIEU, S., 2013, *Au non du père : assistance médicale à la procréation et variable religieuse*, chapitre 12, p 31-36 ; In, *Normes religieuses et genre : Mutations, résistances et reconfiguration*

- (XIXE-XXIE siècle), (S.dir) Florence Rochefort, Maria Eleonora Sanna, édition Armand Colin, Paris.
- 33.MEBTOUL, M., 2015, Représentations sociales et savoirs d'expérience à l'égard de la santé et de la maladie, p.39-p.49, In Hallouma Cherif (S.dir), Représentations sociales et contextes culturels, , PUO. Algérie.
- 34.MOSCOVICI, S., 1969, Préface In Herzlich, C., Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale, Paris, Eds EHESS, 7-12 ;
- 35.MOSCOVICI, S., 1991, « Des représentations collectives aux représentations sociales: éléments pour une histoire. In Denise Jodelet, (sous la dir). Les représentations sociales, Paris, Presses Universitaires de France, pp. 62-86.
- 36.ROZEE, V., & Mazuy. M., 2012, « L'infertilité dans les couples hétérosexuels : genre et " gestion " de l'échec », Sciences sociales et santé, N° 4/Vol. 30, p. 5-30.
- 37.SIMON, R., "Expérimentations et déplacements éthiques: à propos de l'insémination artificielle", Recherches de science religieuse, Tome 62, n° 4 (octobre-décembre 1974), pp. 515-539.
- 38.TAIN, L., « Genre et techniques de reproduction : évidences, alliances et turbulences », L'Homme et la société 2004/2 (n° 152-153), p. 229-246.
- 39.VANDELAC, L., (1989). «La face cachée de la procréation artificielle», La Recherche, vol. 20, no 213,pp. 112- 124.

Remerciement :

Je remercie mon directeur de thèse Mr Mohamed Mebtoul et Mme Séverine Mathieu ma co-encadreure pour leurs lectures et corrections de la première version de cet article.