



**EMBARGO: 22 NOVEMBRE 1990, 10 H**

**PRÉSENTATION DE LA  
FÉDÉRATION DU QUÉBEC  
POUR LE PLANNING DES NAISSANCES**

**AUX AUDITIONS DE LA  
COMMISSION ROYALE D'ENQUÊTE SUR LES  
NOUVELLES TECHNIQUES DE REPRODUCTION HUMAINE**

**MONTREAL  
21 NOVEMBRE 1990**

"L'usage approprié des technologies (...) constitue «l'une des priorités de l'OMS. Or son premier principe est d'éviter de diffuser ou d'intégrer à la pratique médicale une nouvelle technologie avant qu'elle n'ait subi une évaluation scientifique rigoureuse. Dans le cas de la fécondation *in vitro*, aucune étude prospective rigoureusement menée n'a permis d'en mesurer l'efficacité et la sécurité. Les publications sur le sujet (...) reposent sur des comparaisons non contrôlées, réalisées dans l'unique perspective de signoler la technique (...) Quant à la diffusion, elle a été énorme et on peut aisément parler de prolifération incontrôlée»" <sup>1</sup>

Marsden Wagner, OMS

## INTRODUCTION

La Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) est un organisme à but non lucratif qui existe depuis 1972. Elle travaille à favoriser le libre choix des femmes face à la maternité. Ce libre choix ne peut s'exercer qu'en connaissant les avantages, inconvénients et conséquences possibles d'une méthode contraceptive ou d'une technique de procréation artificielle.

Au début de nos travaux sur les NTRH <sup>2</sup>, nous étions partagées entre le libre choix individuel et les intérêts collectifs. Cependant, au fur et à mesure de nos recherches et de nos discussions, nous avons évalué que les intérêts industriels, commerciaux, scientifiques et médicaux prenaient très largement

---

<sup>1</sup> Cité dans VANDELAC, Louise. "La face cachée de la procréation artificielle". La Recherche, no 213, septembre 1989, p. 1112.

<sup>2</sup> Pour nous, les NTRH comprennent: la fécondation *in vitro*, le transfert d'embryon(s), les dons de gamètes, les banques (sperme, embryons, ovules), l'insémination artificielle (avec ou sans donneur), les manipulations génétiques, les diagnostics prénatals forcés ou automatiquement prescrits, les mères porteuses, le clonage, le placenta artificiel, l'utérus artificiel.

le pas sur les intérêts des femmes individuellement et sur les intérêts des êtres humains collectivement. C'est pourquoi les commentaires, réflexions, questionnements et recommandations qui suivent originent d'un souci éthique par rapport à la place des femmes dans la société et par rapport au devenir de l'être humain. L'éthique doit intervenir avant la pratique ou l'application d'une nouvelle technique, non après. Dans les faits, les problèmes éthiques et juridiques liés aux NTRH n'ont pas été résolus: ils sont de l'ordre de la filiation, du commerce de l'être humain et de ses organes, de la responsabilité médicale et de la recherche, des normes d'expérimentations, etc. Pourtant, on continue d'offrir ces techniques.

En conséquence, nous recommandons aux gouvernements:

1. de déclarer un moratoire complet sur toutes les pratiques et toutes les recherches en NTRH;
2. d'investir dans la prévention de l'infertilité;
3. de rendre publique et accessible l'information véritable sur les pratiques en cliniques de fertilité ainsi que sur leurs taux d'échec;
4. de provoquer un véritable débat social sur les questions fondamentales soulevées par le développement des NTRH;
5. d'allonger le temps d'essai de procréation sans contraception avant de pouvoir rechercher les causes d'infertilité.

## **LE CONTEXTE**

Quels sont les principaux acteurs présents sur la scène des NTRH? Il y a les couples infertiles, en général désespérés, prêts à faire beaucoup pour avoir un enfant. Ils demandent de l'aide. Il y a les cliniques de fertilité (chercheurs-

ses, biologistes, medecins, etc.) qui disent avoir une solution pour ces couples. Il y a les compagnies pharmaceutiques, d'equipements de recherche et medicaux qui ont des produits a vendre ou a experimenter. Il y a les medias qui cherchent la nouvelle, qui mettent l'accent sur les progres de la science sans jamais donner la contrepartie, c'est-à-dire les risques pour la sante inherents a plusieurs techniques encore experimentales.

Les cliniques de fertilité diffusent très peu d'information sur leurs pratiques, leurs protocoles d'intervention et leurs resultats. Le ministere de la Sante et des Services sociaux du Québec n'a aucune donnee disponible depuis 1987. Selon les derniers renseignements et les temoignages de femmes qui appellent a la FQPN, l'aide qu'on offre aux couples dans les cliniques porte sur le biologique, le physiologique, aide qui porte en elle-même des dangers pour la sante. On offre tres peu ou pas de soutien psychologique ou moral au cours des demarches, encore moins en cas d'echec des NTRH. Dans plusieurs cliniques, les couples rencontrent un-e psychiatre ou un-e travailleur-se social-e: ces entrevues servent la plupart du temps a evaluer le couple plutot qu'à l'aider. Un couple qui a besoin de support doit en chercher en pratique privée et payer de sa poche en plus du cout des tests et medicaments en clinique de fertilité.

Plusieurs techniques sont encore experimentales: risques peu connus ou inconnus de medicaments et d'interventions, protocoles differents, taux d'echec tres eleves. Les femmes participent à de l' experimentation sans le savoir; le peu d'information qu'on leur donne dans les cliniques ne leur permet pas de comprendre, ni de donner un consentement libre et eclaire. Les formulaires de consentement mentionnent quelques effets possibles sans en

donner la fréquence relative; on y explique les processus des interventions à venir, mais jamais le pourquoi, le comment, ni les conséquences. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit ici de femmes en santé (l'infertilité n'est pas une maladie), qui ne sont pas en phase terminale d'une longue maladie pour se permettre d'expérimenter ainsi sur elles sans leur donner les moyens d'y consentir librement.

Les démarches en cliniques de fertilité constituent une épreuve pour les couples: très peu d'explications, évaluations à tout crin (physiques et psychosociales), peu de soutien moral ou psychologique. Les femmes et les couples paient cher en risques pour leur santé physique et mentale. Comme l'a dit Françoise Laborie: "... les femmes sont les meilleurs objets de recherche possible pour les scientifiques. A la différence des singes, ... les femmes sont intelligentes. Elles savent parler, repérer leur ovulation et la signaler au médecin: nul besoin de les nourrir, de les garder en cage et de les nettoyer; elles viennent à l'heure à l'hôpital et elles paient pour ça" <sup>3</sup>.

## **NOTRE ANALYSE**

Les spécialistes de la reproduction artificielle, prétendant répondre à une demande, seront sans doute choqués de notre position. Cependant, comme l'écrivait Jacques Dufresne: "C'est toutefois une fraude intellectuelle que de confondre l'addition de ces demandes individuelles avec un consensus social réel, fruit d'un débat libre et éclairé" <sup>4</sup>. Depuis quelques années, les médias

---

<sup>3</sup> LABORIE Françoise "Conférence de Françoise Laborie" dans Sortir la maternité du laboratoire, Conseil du statut de la femme, Gouvernement du Québec, 1988, p. 366.

<sup>4</sup> DUFRESNE, Jacques. "Pour une écologie de la reproduction", dans La Presse, 22 septembre 1990, p. B3.

contribuent à l'escalade des demandes. Tenant un discours inquietant sur le taux de fécondité de la population et un discours optimiste sur les progrès scientifiques, ils cautionnent le mythe de la certitude d'avoir un enfant une fois qu'on l'a décidé. Ils mélangent stérilité (handicap à la procréation) et infertilité (difficulté à procréer). Les médias ont ainsi créé des espoirs très grands. Cependant, ils ont très peu rapporté les risques de ces nouvelles techniques pour la santé et la qualité de vie des femmes.

La définition médicale de l'infertilité contribue également à l'augmentation des demandes: auparavant, on exigeait deux ans d'essai de procréation sans contraceptif pour être admis aux tests de fertilité; maintenant, on demande un an d'essai seulement. Par conséquent, de plus en plus de personnes sont considérées infertiles par les spécialistes<sup>5</sup>. Pourtant, selon la méthode contraceptive utilisée auparavant, plusieurs mettront plus d'un an à concevoir. Nous nous sommes ainsi retrouvés devant un fait accompli: les NTRH ont été mises en application dans les cliniques. Louise Vandelac affirme d'ailleurs que "...c'est en brisant le moratoire de fait qui existait depuis 1975 sur la fécondation in vitro, qu'ils [Edwards et Steptoe] ont imposé la fécondation artificielle"<sup>6</sup>.

De fait, l'infertilité n'est pas une maladie; c'est une diminution ou une absence de faculté due à des problèmes sociaux. Les troubles de fertilité secondaire chez l'homme et la femme originent de situations connues: ils sont associés

---

<sup>5</sup> ROCHON, Madeleine. Stérilité et infertilité, deux concepts, deux réalités. Services des études socio-sanitaires, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1986.

<sup>6</sup> VANDELAC, Louise. "La face cachée de la procréation artificielle", dans La Recherche, no 213, septembre 1989, p. 1116

aux produits chimiques répandus dans l'environnement ou utilisés sur les lieux de travail; ils peuvent aussi résulter de chirurgies de l'appareil reproducteur, de l'utilisation de contraceptifs (stérilets, contraceptifs oraux), de l'utilisation de médicaments (DES, Clomid, Depo-Provera qui est un médicament utilisé comme contraceptif dans certains cas: amérindiennes, femmes handicapées, adolescentes); ces troubles de fertilité secondaire peuvent également être les conséquences de maladies transmises sexuellement, de traitements ou de tests d'infertilité, de traitements hormonaux pour problèmes ovulatoires ou menstruels, etc. Ainsi, ces nouveaux problèmes de fertilité sont provoqués par les industries biomédicales et chimiques. Pour résoudre ces problèmes, les mêmes industries offrent maintenant les nouvelles techniques de reproduction. Nous pensons qu'il est grand temps de renverser la vapeur au profit de la prévention des causes d'infertilité à laquelle l'État devrait contribuer, financièrement et autrement.

Actuellement, dans les cliniques on recourt à des interventions lourdes et risquées qui multiplient les risques d'atteinte à l'intégrité physique des femmes. C'est le seul moyen qu'on ait trouvé de pallier le peu d'efficacité et le coût élevé des NTRH. Malheureusement, ce sont les femmes qui paient le prix de cette rentabilisation. Voici les principaux risques auxquels on peut s'attendre dans l'état actuel des pratiques et des connaissances <sup>7</sup>:

---

<sup>7</sup> Fédération du Québec pour le planning des naissances. Du chou à l'éprouvette nos 1 à 8, 1989-1990.  
VANDELAC, Louise, op. cit.

- risques d'effets secondaires à l'hyperstimulation ovarienne (nausées, vomissements, tension nerveuse, fatigue, maux de tête, étourdissements, malaises abdominaux, troubles de la vision, dépression, kystes ovariens, cancers et même mortalité);
- risques associés à la nature et au nombre d'interventions effectuées (prélèvement d'ovules par laparoscopie ou échographie, la plupart du temps sous anesthésie générale, implantation de 2 à 6 embryons à la fois);
- risques plus élevés que dans une grossesse naturelle: fausses-couches (2 à 3 fois plus), grossesses ectopiques (2 à 5 fois plus), grossesses multiples (20 à 27 fois plus), césariennes (50 % de ces accouchements), accouchements prématurés (3 fois plus), malformations congénitales (2 fois plus), mortalités périnatales (3 à 4 fois plus), présentations de siège;
- risques d'avortements reliés à certains examens en cours de grossesse (échographies, amniocentèses, biopsies chorioniques);
- il faut ajouter les douleurs, hospitalisations, complications liées à ces situations;
- les risques pour la santé mentale: angoisse, douleur psychologique, espoirs déçus, deuxième deuil d'enfant, etc.

Tout ceci nous permet de douter de la sollicitude de la science concernant la douleur des couples <sup>8</sup>. Les intérêts autres qu'humanitaires sont nombreux: intérêts commerciaux de la part des compagnies pharmaceutiques et d'équipement médical, intérêts de prestige et de reconnaissance pour les chercheurs-ses. Dans ce contexte, l'infertilité sert plutôt de prétexte et les couples désespérés sont la matière première la plus extraordinaire pour les chercheurs-ses. Dans la plupart des cliniques, les NTRH sont présentées comme des techniques valables, même si une grossesse à terme n'est pas

---

<sup>8</sup> BRABANT, Isabelle. "Jamais de la vie!", dans Guide Ressources, mars-avril 1989, p. 65-68.



garantie. Cependant, nos recherches nous amènent à constater que les NTRH chez les humains sont encore au stade expérimental: divers aspects des processus et de leurs effets ne sont pas connus; c'est le cas, particulièrement, de l'hyperstimulation ovarienne et de la congélation du sperme; les protocoles diffèrent d'un pays à l'autre et même d'une clinique à l'autre (en Australie, après avoir prôné et employé l'hyperstimulation ovarienne, on ne l'utilise plus car elle comporte trop de risques et n'augmente pas nécessairement l'efficacité); cela témoigne de l'incertitude qui règne. De plus, selon notre calcul (comparant le nombre de femmes ayant subi une hyperstimulation ovarienne au nombre de femmes ayant donné naissance à un enfant vivant) le taux réel d'efficacité est faible (0 à 5 % pour la FIV)<sup>9</sup>; les cliniques, elles, utilisent une autre base de calcul qui gonfle le taux d'efficacité<sup>10</sup>.

Nous sommes ainsi forcées de conclure que le monde médical et pharmaceutique est en train de bâtir une nouvelle industrie basée sur un abus de confiance et sur l'espoir de couples qui désirent un enfant. Comme le dit Thierry Damerval, président de l'association Génétique et Liberté en France, "... les techniques se sont plus développées en fonction des opportunités du marché que pour contribuer à un réel progrès social"<sup>11</sup>.

---

<sup>9</sup> Rapport du comité de travail sur les NTRH, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1988, p. 55.

<sup>10</sup> MARCUS-STEIFF, Joachim "Les taux de «succès» de la FIV. Fausses transparences et vrais mensonges", dans La Recherche, no 225, octobre 1990, p. 1300-1312.

<sup>11</sup> DAMERVAL, Thierry. "Génétique et liberté", dans La Recherche, no 225, octobre 1990, p. 1173-1174.

Les femmes comme groupe ont toujours subi une contrainte à la maternité <sup>12</sup>. Il n'y a pas si longtemps, le désir d'enfant n'existait pas comme tel. On avait des enfants si on se mariait. La légalisation de la contraception a permis aux femmes de mieux contrôler leur fécondité, ce qui constitue un bienfait indéniable. Cependant, elle a aussi consacré la nécessité de la science médicale dans la vie reproductive des femmes. La possibilité de refuser l'enfant a éliminé la menace de grossesse et a fait place peu à peu au désir d'enfant, ainsi qu'à la certitude de pouvoir procréer dès qu'on l'a décidé. Le désir d'enfant se transforme en acte volontaire qui cadre très bien avec l'ambiance sociale de satisfaction immédiate dans laquelle nous baignons. De plus, les pressions sociales, qu'elles viennent de l'entourage ou des gouvernements, sont toujours présentes.

Ainsi, avec la procréation artificielle, les médecins et les scientifiques assument, au-delà de leur rôle technique, une fonction de normalisation des comportements féminins. Désormais, la quête de grossesse ne peut être complète pour une femme tant qu'elle n'a pas épuisé toutes les possibilités de la science. Elle ne peut plus se donner le droit d'adopter un enfant sans lien biologique avec elle ou son conjoint, ni le droit d'opter pour un autre projet de vie si elle n'a pas eu recours aux NTRH. Tout se passe comme si on disait aux femmes: "Vous ne pouvez pas avoir d'enfant Madame? Il vous en faut un; nous allons vous en faire un" <sup>13</sup>. L'ambition médicale, la technique et le développement du marché sont aussi illimités que le désir. Le développement

---

<sup>12</sup> BASTIEN, Ginette. "Avortement: égalité vs contrainte", Cahier femmes et sexualité, no 8, mars 1989, p. 16-24. Montréal, Fédération du Québec pour le planning des naissances.

<sup>13</sup> Rapport du comité ad hoc sur les NTRH. FEM (Femmes en mouvement), Bonaventure, 1989, document inédit

incontrôlé des techniques de procréation artificielle a mené à l'acharnement procréatif <sup>14</sup>. Cependant, la société a le devoir de fixer les limites entre le possible, l'acceptable et le désirable.

En outre, la surmédicalisation de la grossesse nourrit deux fausses croyances: qu'il est dangereux d'être enceinte et que l'utérus est un milieu dangereux pour le fœtus. Ces deux idées fausses infantilisent les femmes en ne leur reconnaissant pas la capacité de prendre des décisions correctes pour leur propre vie et celle de leur fœtus. Déjà aux États-Unis, et de plus en plus au Canada, la surveillance médicale et juridique de la grossesse est telle <sup>15</sup>, que des femmes nous disent clairement qu'elles n'ont plus le goût d'être enceintes, qu'elles ont peur. Pour notre part, nous ne croyons pas qu'il y a conflit d'intérêts entre une femme enceinte et le fœtus qu'elle porte, qu'elle nourrit, qu'elle fait vivre. Les femmes ont les mêmes droits et libertés, qu'elles soient enceintes ou non. C'est à elles de décider de leur mode de vie, c'est à elles de décider si elles auront recours aux diagnostics prénatals, aux thérapies fœtales, etc. Nous sommes contre la surveillance abusive des femmes enceintes; nous sommes contre l'utérus artificiel. Ce n'est pas ainsi que nous entrevoyons l'avenir de la maternité.

On entend de plus en plus circuler la notion du «droit à l'enfant». Or, la différence entre le droit de... et le droit à... est assez marquée pour éviter tout glissement de l'un à l'autre <sup>16</sup>. Par exemple, le droit de se marier correspond à

---

<sup>14</sup> BAUDOIN, Jean-Louis et LABRUSSE-RIOU, Catherine Produire l'homme: de quel droit PUF, Paris, 1987, 288 p.

<sup>15</sup> BASTIEN, Ginette, op. cit.

<sup>16</sup> BAUDOIN, Jean-Louis et LABRUSSE-RIOU, Catherine, op. cit.

une faculté, une liberté individuelle, mais n'équivaut pas au droit à un mari. Sinon, une femme pourrait obliger un homme à la marier sous prétexte qu'elle a droit à un mari. Elle aurait ainsi des droits sur la personne de l'homme. De la même manière, le droit d'engendrer un enfant n'équivaut pas à un droit à l'enfant. S'il était reconnu, le droit à l'enfant pourrait ainsi rapidement s'étendre au droit à un enfant parfait, doté de caractéristiques physiques et intellectuelles souhaitées par les adultes. "... les droits de l'enfant constituent la limite du droit à l'enfant" <sup>17</sup>.

Le développement combiné de la génétique et de la FIV sonne le réveil de l'eugénisme utilitariste. Jacques Dufresne nous met en garde: "Les couples chez qui on a repéré des gènes anormaux n'auront bientôt plus le choix" <sup>18</sup>. Grâce à la génétique et à la FIV, plus besoin de diagnostics prénatals ni d'avortements préventifs: on n'aura qu'à omettre l'implantation de l'embryon et à recommencer la FIV. Thierry Damerval a bien identifié le problème sous-jacent à la technique: "Certes, l'évolution des techniques permet de masquer les problèmes moraux. Il est plus aisé de trier des gamètes que de supprimer des nouveaux-nés, mais la question fondamentale reste en suspens. Celle-ci n'est ni scientifique, ni technique, mais sociale: est-il admissible que les parents puissent choisir les caractéristiques physiques de leurs enfants?" <sup>19</sup>.

---

<sup>17</sup> Ibid., p. 153.

<sup>18</sup> DUFRESNE, Jacques, op. cit., p. B3.

<sup>19</sup> DAMERVAL, Thierry, op. cit., p. 1174.

## EN FIN DE COMPTE

Au plan individuel, les NTRH comportent des dangers graves pour la sante des femmes, non malades, qui s'y engagent. Les effets a long terme sont encore peu connus ou inconnus. Ce n'est pas la premiere fois que le monde medical ferme les yeux sur les risques associes a des medicaments ou a des pratiques peu experimentees (rappelons-nous seulement la thalidomide, le DES, le Dalkon Shield, le Depo-Provera).

Au plan collectif, les manipulations genetiques et la commercialisation de la procreation sont en train d'eroquer les repères traditionnels de la vie collective<sup>20</sup> et de l'identite humaine<sup>21</sup>. Les questions ethiques fondamentales soulevees par les NTRH n'ont pas ete debattues socialement. Quel genre de societe veut-on? Quel pouvoir et quelle place veut-on donner aux femmes dans cette societe? Quelle maternite voulons-nous pour l'avenir? Voulons-nous cette modification de l'identite humaine?

Qu'est-ce qui se passe dans les cliniques, dans les centres de recherche? Est-ce que vous vous le savez? La science est capable de congeler des embryons, des ovules, du sperme, mais a qui appartiennent-ils? Qu'en fait-on? Est-ce qu'ils servent a la recherche, au commerce?

Les choix de societe effectues actuellement par les gouvernements federal et provincial nous empêchent aussi d'être en faveur du developpement des

---

<sup>20</sup> FERRY, Luc "Faut-il fixer des limites a la science? Pour une discussion publique", dans L'Express, 2 fevrier 1990, p. 44.

<sup>21</sup> LABRUSSE-RIOU, Catherine. "Faut-il fixer des limites a la science? Protéger mais aussi liberer" dans L'Express 2 fevrier 1990 p 44

NTRH: ils coupent dans les services en planning des naissances, périnatalité, avortement et soutien aux familles <sup>22</sup>. Alors avant d'imaginer d'autres possibles avec les NTRH, retablissez les services de base autour de la maternité. Tout ce qui est possible n'est pas toujours souhaitable.

### **POUR CONCLURE**

Les NTRH sont importantes en raison de leur incidence sur les mentalités: elles sont en train de changer la notion d'être humain sur cette planète <sup>23</sup>. Accepterons-nous d'entrer dans l'ère de la biocratie?

La contraception a permis le plaisir sexuel sans risque de procréation, les nouvelles techniques de reproduction humaines consacreront peut-être bientôt la procréation sans risque de plaisir sexuel. Peut-on changer les rites de la reproduction humaine sans conséquences graves? Quels effets la procréation artificielle aura-t-elle sur l'acquisition de l'identité chez l'être humain, sur la nature des rapports sociaux?

Les NTRH constituent en fait une solution médicale et technologique à un problème de nature individuelle et sociale. Le message sous-jacent: la technologie nous rend plus heureux. Nous ne croyons pas à ce message; le bonheur dépasse la technologie.

---

<sup>22</sup> Mémoire sur l'étude de l'avant-projet de loi "Loi sur les services de santé et les services sociaux, Fédération du Québec pour le planning des naissances, janvier 1990. Mémoire sur le projet de loi C-43 sur l'avortement, Fédération du Québec pour le planning des naissances et Regroupement des centres de santé des femmes du Québec, janvier 1990.

<sup>23</sup> BRABANT, Isabelle, op. cit.

## **NOS RECOMMANDATIONS**

Nous recommandons aux gouvernements:

1. de déclarer un moratoire complet sur toutes les pratiques et toutes les recherches en NTRH;
2. d'investir dans la prévention de l'infertilité;
3. de rendre publique et accessible l'information véritable sur les pratiques en cliniques de fertilité ainsi que sur leurs taux d'échec;
4. de provoquer un véritable débat social sur les questions fondamentales soulevées par le développement des NTRH;
5. d'allonger le temps d'essai de procréation sans contraception avant de pouvoir rechercher les causes d'infertilité.

## RÉFÉRENCES

- BASTIEN, Ginette. "Avortement: égalité vs contrainte", dans Cahier femmes et sexualité, no 8, mars 1989, p. 20-24, Montréal, Fédération du Québec pour le planning des naissances.
- BAUDOIN, Jean-Louis et LABRUSSE-RIOU, Catherine. Produire l'homme: de quel droit, Presses Universitaires de France, Paris, 1987, 288 p.
- BRABANT, Isabelle. "Jamais de la vie!", dans Guide Ressources, mars-avril 1989, p. 65-68.
- DAIGLE, Marie-Carole. "Bébé-éprouvette: éprouvé ou éprouvant?", dans Guide Ressources, mars-avril 1989, p. 60-63.
- DAMERVAL, Thierry. "Génétique et liberté", dans La Recherche, no 225, octobre 1990, p. 1173-1177.
- DUFRESNE, Jacques. "Pour une écologie de la reproduction", La Presse, 22 septembre 1990, p. B3.
- FERRAND, Michèle. "Les «bénéfiques» de la médicalisation de la procréation", dans A.-M. de VILAINÉ, L. GAVARINI et M. LE COADIC, Maternité en mouvement, Montréal, Ed. Saint-Martin et Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 1986, 244 p.
- FERRY, Luc. "Faut-il fixer des limites à la science? Pour une discussion publique", dans L'Express, 2 février 1990, p. 44.
- HARTING, Claire. "La science médicale, un progrès ou un cauchemar pour les femmes?", dans Journal de Montréal, 31 octobre 1987.
- JEAN, André. "Perinatalité. Baby shop ou le bout de chou de l'éprouvette", dans Santé Société, hiver 1988, p. 49-54.
- LABORIE, Françoise. "Conférence de Françoise Laborie", dans Sortir la maternité du laboratoire, Conseil du statut de la femme, Gouvernement du Québec, 1988, p. 365-368.
- LABRUSSE-RIOU, Catherine. "Faut-il fixer des limites à la science? Protéger mais aussi libérer", dans L'Express, 2 février 1990, p. 44.



- MARCUS-STEIFF, Joachim. "Les taux de «succès» de la FIV. Fausses transparences et vrais mensonges", dans La Recherche, no 225, octobre 1990, p. 1300-1312.
- OUELLETTE, Françoise-Romaine. Les enfants que je veux... si je peux..., Conseil du statut de la femme, Gouvernement du Québec, janvier 1987, 186 p.
- ROCHON, Madeleine. Sterilité et infertilité: deux concepts, deux réalités. Service des études socio-sanitaires, ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 1986.
- TARDIF, France. "Les nouvelles techniques de procréation: un progrès pour les femmes?", dans L'Ardoise, printemps 1989, #37, vol. 7, no 2, p. 13-14.
- VANDELAC, Louise. "La face cachée de la procréation artificielle", dans La Recherche, no 213, septembre 1989, p. 1112-1124.
- Drug Evaluation, 6e édition, American Medical Association, 1986.
- Du chou à l'éprouvette, nos 1 à 8, Fédération du Québec pour le planning des naissances, 1989-1990.
- Mémoire sur l'étude de l'avant-projet de loi "Loi sur les services de santé et les services sociaux", Fédération du Québec pour le planning des naissances, janvier 1990.
- Mémoire sur le projet de loi C-43 sur l'avortement, Fédération du Québec pour le planning des naissances et Regroupement des centres de santé des femmes du Québec, janvier 1990.
- Rapport du comité ad hoc sur les NTRH, FEM (Femmes en mouvement), Bonaventure, 1989, document inédit.
- Enjeux, Conseil du statut de la femme et Publications du Québec, 1987, 38 p.
- Rapport du comité de travail sur les NTRH, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 1988, 120 p.
- "Vouloir un enfant aujourd'hui", dans La filiation: ruptures et continuité. Institut de l'enfance et de la famille. Actes du colloque de Vaucresson. Rapporteur: Bruno Ribes, 1985.