

## Recherches sociographiques



# La procréation médicale assistée au prisme de la logique constructiviste

Chantal Doré and Pierre St-Arnaud

Volume 36, Number 3, 1995

Science et société

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/056992ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/056992ar>

[See table of contents](#)

### Publisher(s)

Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

### ISSN

0034-1282 (print)

1705-6225 (digital)

[Explore this journal](#)

### Cite this article

Doré, C. & St-Arnaud, P. (1995). La procréation médicale assistée au prisme de la logique constructiviste. *Recherches sociographiques*, 36(3), 505–526.  
<https://doi.org/10.7202/056992ar>

### Article abstract

The authors seek to develop and understanding of medically assisted reproduction by examining the discourse of experts in the field. The constructivist approach adopted considers this specialized techno-scientific practice to be based on a tight-knit fabric of interwoven cognitive elements and various social elements (economic, political, ideological, etc.). The analysis points to a highly organized practice centred primarily around scientific, technical and economic interests, despite an official discourse of openness and sensitivity toward the human and social implications of the complex problem of infertility.

# LA PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE AU PRISME DE LA LOGIQUE CONSTRUCTIVISTE

Chantal DORÉ  
Pierre SAINT-ARNAUD

Les auteurs tentent de comprendre la procréation médicalement assistée par l'entremise du discours de ses experts. Ils font appel, à cette fin, à l'approche constructiviste voulant que cette pratique technoscientifique spécialisée repose sur une imbrication étroite entre des éléments proprement cognitifs et des éléments sociaux multiples (économiques, politiques, idéologiques, etc.). L'analyse laisse entrevoir une pratique fortement organisée autour d'intérêts d'abord scientifiques, techniques et économiques malgré un discours officiel d'ouverture et de sensibilité aux implications humaines et sociales du complexe problème de l'infertilité.

Cet article expose les résultats d'une récente recherche en sociologie des sciences portant sur la médecine reproductive ou PMA (Procréation médicalement assistée). Elle s'est déroulée de 1990 à 1993 et elle a bénéficié pour son démarrage du support financier du CRSH. Son but s'entend ainsi : recueillir auprès des scientifiques travaillant dans le champ spécialisé de la PMA des *discours* sur leurs activités professionnelles, interroger ces discours selon l'hypothèse générale qu'ils recouvrent plusieurs articulations-clefs entre des éléments *cognitifs* et des éléments *sociaux*. Notre étude s'inscrit à l'enseigne de l'approche constructiviste, elle en tire son inspiration originelle. Précisons donc ce qu'est, dans ses lignes essentielles, le constructivisme pour ensuite passer à la présentation de notre objet d'étude ainsi qu'à notre méthodologie d'enquête.

Il y eut une époque — l'après-guerre 1939-1945 jusqu'à la fin des années 1960 — où la jeune sociologie des sciences s'est totalement interdit d'étudier le contenu des activités scientifiques, prétendument réservé à la seule logique ou encore

à l'épistémologie. Elle se contenta de ne considérer que l'institution ou encore la communauté scientifique, notamment les normes et les valeurs censées régler ses différentes manifestations dans la société (HAGSTROM, 1965; STORER, 1966; MERTON, 1973). Or, dans la foulée de Kuhn avec sa *Structure des révolutions scientifiques* (1962), commença à se faire jour l'idée que des éléments sociaux peuvent conditionner ou encore structurer les connaissances scientifiques. La notion kuhnienne de paradigme suggère, en effet, que les «contenus mêmes des sciences sont structurés autour de projets, de préjugés, et même de dominations sociales qu'on peut étudier» (FOUREZ, 1992, p. 139). À partir de ce moment, les recherches sur les disciplines scientifiques prirent progressivement une nouvelle orientation. Le tournant des années 1970 vit les sociologues s'éloigner de l'analyse de la structure normative des communautés scientifiques et s'intéresser davantage aux pratiques elles-mêmes. Ils mirent directement à l'épreuve cette hypothèse que les contenus scientifiques résultent d'une *coproduction* sociale et cognitive. Ainsi naquit une approche nouvelle et empirique des pratiques scientifiques, celle que désigne justement l'expression «sociologie constructiviste». On y vit se développer plusieurs tendances divergentes, voire concurrentes, mais toutes accordèrent priorité à l'étude des modalités de fabrication, *in vivo* ou *in situ*, des faits scientifiques et techniques. Toutes également soutinrent que «ce qui paraît être le noyau dur des sciences est produit à travers des négociations humaines observables» (FOUREZ, 1992, p. 139). Bref, les observations, les résultats et les concepts scientifiques eux-mêmes seraient socialement et historiquement conditionnés (BLOOR, 1976; LATOUR et WOOLGAR, 1979; KNORR-CETINA, 1981; KNORR-CETINA et MULKAY, 1983; COLLINS, 1985; LATOUR, 1987; CHALMERS, 1991; LATOUR et CALLON, 1991) et ils admettraient pour cette raison l'analyse sociologique.

En pure théorie, le constructivisme est un modèle conçu avant tout pour expliquer la production de faits scientifiques nouveaux, donc de connaissance. Les éléments relatifs à la technique ou à l'application n'entreraient pas *stricto sensu* dans son champ de considération. Or voici que la complexité de l'activité scientifique contemporaine vient déjouer cette distinction quelque peu spéculative entre faits proprement scientifiques d'un côté, faits techniques ou application de l'autre. Dans la pratique scientifique d'aujourd'hui, ces deux dimensions tendent en effet à fusionner, ce qu'exprime très exactement le concept de *technoscience*<sup>1</sup>. Il arrive aussi que la présente étude consacrée à la procréation médicalement assistée porte bien sur une technoscience particulière relevant de la biomédecine. Dans leur pratique professionnelle, les divers spécialistes de cette discipline font directement et constamment interagir les deux dimensions de la recherche et de l'intervention clinique. Les médecins sont des cliniciens qui font *aussi* de la recherche et les

1. Dont voici une définition sommaire: «Les termes "technoscience" et "technoscientifique" signalent à la fois l'enchevêtrement des deux pôles [technique et scientifique] et la prépondérance du pôle technique; aussi sont-ils appropriés pour désigner l'activité scientifique contemporaine dans sa complexité et son originalité» (HOTTOIS, 1990, p. 29).

biologistes se définissent comme des chercheurs intégrant plusieurs gestes cliniques à leur travail. À cause de sa nécessité, le savoir théorique investit partout la PMA mais il est médiatisé par l'intervention clinique qui détient en quelque sorte la primauté dans ce type particulier de technoscience. Pour toutes ces raisons, il va de soi que notre approche constructiviste englobe tant la connaissance fondamentale que les éléments davantage techniques et cliniques caractérisant la PMA puisque, dans la pratique, on se trouve devant un tout quasi indissociable.

Venons-en à notre objet d'étude: non pas la pratique elle-même mais les discours à son sujet. Pourquoi avoir fait ce choix particulier? D'abord parce que les discours constituent en eux-mêmes des *faits* premiers tout à fait valides et riches dans le cadre d'une investigation sociologique. Ensuite parce que, sur le registre des différentes méthodes de travail, l'analyse du discours détient depuis fort longtemps ses lettres de créance. Elle s'est maintes fois avérée comme une méthode fiable. Voilà pourquoi nous avons choisi d'aller de ce côté, ce qui nous a conduits à adopter l'entrevue de type semi-structuré en tant qu'outil de cueillette de données auprès de nos acteurs scientifiques.

Précisons maintenant notre démarche de terrain. Deux séries d'entrevues individuelles ont été effectuées entre 1990 et 1993. Nous avons interrogé des obstétriciens-gynécologues, des biologistes et des professionnels en relation d'aide: ces trois grandes catégories sont les plus représentatives des experts scientifiques activement présents dans les différents programmes d'étude et de traitement de l'infertilité au Québec. Nos interviewés proviennent de deux centres hospitaliers universitaires ainsi que d'un centre privé, donc de trois lieux différents. Vu que les cliniciens en reproduction humaine sont des gens extrêmement occupés et peu disponibles pour cette raison, nous nous comptons privilégiés qu'ils aient bien voulu s'entretenir avec nous au cours d'entrevues d'une heure à deux heures trente selon les cas, le plus souvent pendant leur temps de travail. La population totale des scientifiques québécois œuvrant en procréation médicalement assistée, et plus particulièrement en fécondation *in vitro* (FIV), ne dépassait pas cinquante individus au moment de notre recherche. Vingt entrevues ont été réalisées auprès de treize experts de sexe masculin, sept de sexe féminin et appartenant tous, comme mentionné plus haut, à trois équipes professionnelles différentes. Ces vingt individus se distribuent assez uniformément selon les trois principaux types de discipline scientifique représentés dans la PMA, selon aussi les statuts affichés au sein même des équipes (tête dirigeante, chercheur adjoint, clinicien collaborateur, etc.).

Notre guide d'entrevue comprenait les six grands thèmes suivants: vision d'ensemble de la pratique, activités de recherche et organisation du travail, procédures et techniques instrumentales, résultats, points de controverse, enjeux sociaux et avenir de la PMA. L'espace restreint qui nous a été alloué dans ce numéro spécial nous a cependant obligés à un réaménagement sélectif de notre matériel d'entrevues. Nous présentons donc les contenus de nos discours sous quatre thèmes généraux au lieu de six: démarrage et coût, recherche, intervention professionnelle, contraintes

et perspectives d'avenir. Mais ces nouveaux thèmes condensent suffisamment de matière pour permettre la discussion de notre hypothèse de recherche : du croisement entre des éléments cognitifs (savoir théorique et appliqué, savoir-faire, etc.) et des éléments sociaux au sens large du terme (considérations économiques, politiques, idéologiques, éthiques, etc.) dans le discours des experts en PMA, émerge une *construction* particulière qui devrait éclairer sur la manière dont ces acteurs se représentent l'originalité et l'utilité de leur pratique savante dans l'institution hospitalière comme dans la société plus large.

Nous adoptons le plan suivant pour cheminer dans notre sujet. Seront apportées immédiatement un certain nombre de précisions sur la PMA proprement dite, d'abord sur le contexte socio-médical relatif à sa genèse, ensuite sur les aspects techniques *stricto sensu* de cette pratique de pointe. Puis nous passerons à l'exposé des arguments avancés par nos interviewés sous chacun des quatre thèmes indiqués précédemment. Dans un dernier temps enfin, nous reprendrons tout le contenu sous l'angle de la critique et nous soulèverons un certain nombre d'interrogations.

#### *Le contexte socio-médical de la pratique*

Le premier bébé au monde issu d'une fécondation *in vitro* est Louise Brown, née en 1978 en Angleterre après plus d'une dizaine d'années d'essais infructueux. Durant la décennie 1980, le développement de la PMA s'est avéré fulgurant en Europe de l'Ouest, en Amérique du Nord (particulièrement aux États-Unis), en Océanie (Australie et Nouvelle-Zélande surtout) et il s'est stabilisé ensuite sur une sorte de plateau. Au Canada, les premiers bébés produits par la FIV furent des jumeaux et ils sont nés en 1983 à Vancouver. Mais, dès 1979 et au Québec, une équipe localisée au Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) avait déjà commencé ce type d'expérience et elle obtint un premier bébé en 1985. Signalons que la technique de la FIV était expérimentée depuis le milieu des années 1970 par cette même équipe du CHUL mais sur diverses espèces animales; elle fut d'ailleurs la deuxième équipe au monde à obtenir un veau par fécondation artificielle. Il faut savoir ici que la recherche sur la reproduction humaine est directement liée à l'industrie agro-alimentaire: une bonne partie des chercheurs y ont fait leur apprentissage scientifique et continuent toujours de puiser à cette source. On a donc simplement appliqué à l'espèce humaine des connaissances et des méthodes déjà employées sur l'animal. Par ailleurs, la PMA est aussi étroitement associée, à l'autre bout du spectre, aux multiples possibilités de recherche en génétique humaine du fait qu'elle permet l'accès à des embryons dits surnuméraires, c'est-à-dire créés en surplus.

De manière concomitante avec l'essor de la médecine reproductive, des comités d'éthique devaient surgir un peu partout dans le monde. Il y eut, par exemple, le Comité Warnock en Angleterre (1984), le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé en France (1986), plus près de nous la Commission de la réforme du droit en Ontario (1985) puis dans tout le Canada

(1992). Au Québec même, l'année 1987 a vu le Conseil du statut de la femme organiser un forum international sur la procréation médicalement assistée et ses multiples conséquences sur le plan social et humain. Par une vingtaine de documents écrits ou audiovisuels, cet organisme a lancé et orienté en bonne partie le débat sur la PMA au Québec, en plus d'avoir constitué un important fonds d'information. Pour sa part, le ministère québécois de la Santé et des Services sociaux s'est manifesté en 1986 par la création d'un Comité de travail mandaté pour faire le point sur la pratique. Son rapport devait paraître en 1988. Du côté de l'État fédéral, on assiste en 1989 à la mise sur pied d'une Commission d'enquête dite royale sur les nouvelles technologies de la reproduction. Dotée de moyens considérables, cette Commission devait en principe déposer son rapport en 1991. Mais cela ne se fera qu'à l'automne 1993. Par ailleurs, quatre commissaires, parmi les plus radicaux, critiquent la présidente Baird pour son manque de transparence, son leadership autoritaire et ses orientations de recherche, ce qui entraîne leur limogeage en 1991. Malgré tout, le rapport Baird sort en 1993 : deux volumes totalisant quelque 1 500 pages plus 130 études particulières rassemblées en 15 volumes. Notons ici que, entre autres lieux, la Commission fédérale a enquêté auprès de seize des dix-sept centres canadiens de traitement de l'infertilité où se pratiquaient la FIV, le GIFT (transfert intratubaire de gamètes) et le ZIFT (transfert intratubaire de zygotes). Une statistique intéressante pour l'année 1991 se trouve dans le rapport de la Commission : pas tout à fait quatre cents enfants seraient nés grâce à la technique de la FIV.

Du côté économique enfin, les frais médicaux directs, c'est-à-dire ceux liés au diagnostic et à la clinique ainsi que les honoraires des médecins, ne sont pas remboursés par l'État québécois. En revanche, il se trouve certaines compagnies d'assurance disposées à le faire. Diverses déductions fiscales sont aussi possibles, les modalités au chapitre du remboursement variant selon les provinces canadiennes. D'autres frais directs que ceux mentionnés ci-dessus sont à la charge des demandeurs de services (patiente ou couple) : coût de médicaments, frais de déplacement ou dus à l'absence du travail, etc. Les coûts des traitements médicaux connexes résultant de complications (par exemple, grossesse ectopique, avortement spontané, hyperstimulation, etc.) de même que ceux dus aux naissances prématurées et multiples sont comptabilisés dans l'ensemble général des services médicaux dispensés par notre système public de santé.

Voilà pour le contexte. Abordons maintenant les aspects plus techniques de la pratique ici concernée.

#### *Les techniques de procréation médicalement assistée*

Prouesse pour les uns, menace pour les autres, l'artificialisation de la procréation humaine occupe une place singulière dans le mouvement déferlant des sciences de la vie. Chacun peut sentir qu'il s'y joue autre chose que le strict contournement des stérilités tubaires (VACQUIN, 1990, p. 282).

La procréation médicalement assistée est au cœur des rapports entre les sexes, traversée par les préoccupations contemporaines sur la famille et les nouvelles formes de parentalité. Le contexte médical des interventions obstétricales en constitue le terroir, en quelque sorte, favorisant l'apparition, l'implantation et le développement de ces nouvelles pratiques. Dans notre société occidentale profondément marquée par la science et la technique, le processus de reproduction fait depuis longtemps l'objet d'un investissement massif de la part de la profession médicale. La médecine procréative et plus particulièrement l'obstétrique-gynécologie illustrent depuis de nombreuses décennies déjà ce phénomène : contrôle de la fertilité, avec la contraception et l'interruption de grossesse, suivi médical sophistiqué de la grossesse et de l'accouchement, surveillance médicale en périnatalité (VANDELAC, 1988; DE KONINCK, 1988; QUÉNIART, 1988a, 1988b; KATZ-ROTHMAN, 1989). Le contrôle accru du processus de la reproduction a probablement toujours été recherché aussi par les femmes elles-mêmes. L'obtention de meilleures conditions de grossesse et d'accouchement a été, et demeure, le grand ressort derrière la participation consciente et active des femmes à une cause parsemée d'effets souvent pervers. Les cinquante dernières années surtout ont vu, grâce à l'interventionnisme fondé sur la technoscience, le contrôle médical de la reproduction s'intensifier et s'ancrer solidement au cœur de notre culture (RENAUD *et al.*, 1987; OAKLEY, 1984; SAILLANT et O'NEILL, 1987; LAURENDEAU, 1987). Par ailleurs, Vandelac (1988) a montré que ces développements technoscientifiques de pointe dans la procréation ont été rendus possibles par l'existence d'une volonté générale de contrôler la procréation tant dans sa mise en action que dans son déroulement et son efficacité;

[...] cette volonté de maîtrise totale de la fécondité, passant par l'interruption de la fertilité et par le déclenchement de la gestation au moment voulu, n'est-elle pas la suite logique de l'idéologie contraceptive, de la programmation de l'enfantement et de sa totale médicalisation conduisant à l'intégration complète du cycle reproducteur dans la techno-économie de la reproduction? (VANDELAC, 1988, p. 243.)

La procréation artificielle se situe dans le droit fil de ce mouvement d'appropriation biomédicale tout en renvoyant à un outillage bien spécifique. On entend par là un certain nombre de procédés techniques, que plusieurs voient comme expérimentaux encore et affectés pour cette raison d'un coefficient élevé d'incertitude et de risque pour la santé (TESTART, 1990; VANDELAC, 1989; MARCUS-STEIFF, 1990; WAGNER et ST-CLAIR, 1989; PRICE, 1988, 1990; LABORIE, 1990), dont l'objectif annoncé est d'aider à l'enclenchement et au déroulement «normal» du processus physiologique de conception d'un être humain à la suite d'un diagnostic médical d'infertilité. Ainsi, les «nouvelles» technologies reproductives existent officiellement pour contrer, voire contourner un soi-disant défaut de la «nature»: l'infertilité<sup>2</sup>. Quelles sont-elles? L'insémination artificielle — même si cette technique n'est pas récente, elle fait partie de l'ensemble de pratiques auquel tant de

2. Pour une analyse critique de ce concept, voir: ATHÉA, 1990; VANDELAC, 1988; GAVARINI, 1989.

questions éthiques sont posées —, la fécondation *in vivo* (GIFT), la fécondation *in vitro* avec transfert d'embryon (FIV ou FIVETE) et ses diverses variantes, à quoi s'ajoutent des interventions connexes mais néanmoins nécessaires telles que la stimulation ovarienne, la ponction folliculaire sous laparoscopie et sous échographie (cette dernière technique a en grande partie remplacé la laparoscopie), la congélation d'embryons, le « lavage » d'utérus et, plus récemment, la micro-injection de spermatozoïdes sous la zone pellucide de l'œuf et le diagnostic préimplantatoire<sup>3</sup>. Cet éventail de procédés dernier cri renvoie, au sein de la profession médicale, à une branche clinique ultraspécialisée faite d'équipes d'intervenants. Les praticiens de cette branche se désignent eux-mêmes comme des experts en « procréation médicalement assistée », d'où le titre coiffant notre article. Ils sont formés à plusieurs disciplines différentes (obstétrique-gynécologie, endocrinologie, urologie, embryologie, biologie, biochimie, psychologie, travail social, sciences infirmières) et ils illustrent ainsi le phénomène de la pratique multidisciplinaire de la science.

Ce n'est pas le seul aspect majeur des choses. Même si, dans l'univers des soins médicohospitaliers, la PMA paraît capable présentement de se développer sans obstacle sérieux sur son chemin, on ne constate pas pour autant le même triomphalisme dans la société ambiante. Dès leur toute première percée chez nous — et ailleurs — au tournant des années 1980, ces techniques ont en effet soulevé, et soulèvent encore, des positions tranchées. D'un côté, il existe un certain nombre de personnes — en grande partie des femmes — et des couples infertiles que le désir d'enfant pousse vers la PMA comme ultime recours. Il y a aussi l'industrie pharmaceutique qui ne cesse d'appuyer la recherche de haut niveau à cause de sa forte rentabilité économique (BURFOOT, 1990; COREA, 1985, 1991). D'autre part, un véritable contre-mouvement idéologique et politique s'est progressivement constitué dans notre milieu et il exerce aujourd'hui une active présence. Des groupes féministes, des groupes religieux, des associations de citoyens handicapés, des juristes, des sociologues, des psychanalystes, des psychologues, des théologiens, des philosophes, etc., soulèvent des enjeux cruciaux dans leur réquisitoire: les coûts exorbitants de ces techniques, les débordements éthiques entourant les droits et libertés des personnes en traitement, le caractère flou et arbitraire du concept d'« infertilité », la possible nocivité d'une technomédecine fortement invasive, l'absence d'évaluation de ces pratiques à moyen et à long terme tant au plan de la santé qu'à celui des coûts sociaux encourus, l'incontournable « gestion » des embryons surnuméraires, l'urgence de contrôler l'impact de découvertes scientifiques aussi troublantes que spectaculaires ayant pour nom la manipulation génétique, le clonage d'embryons, leur stockage par congélation et leur utilisation ultérieure, ainsi de suite. Avec la parution du récent rapport de la Commission fédérale sur les nouvelles techniques de reproduction, l'État canadien pourrait potentiellement s'imposer

3. Même si elles font bel et bien partie de la PMA, nous n'aborderons pas ici d'une manière spécifique les techniques de diagnostic prénatal et préimplantatoire, techniques à partir desquelles se préparent des mutations sociales à grande échelle grâce à leur fonction sélective.

comme un autre important acteur externe. Or, pas grand-chose ne semble avoir bougé depuis le dépôt du rapport Baird: tout se passe comme si l'on entérinait une série de faits accomplis, sans aller plus loin. Pour sa part, l'État québécois a bien produit une étude en 1988, mais depuis il n'a pas légiféré très fort dans le champ particulier de la médecine reproductive, ni quant aux normes ni quant à l'encadrement.

En résumé, il est d'observation facile aujourd'hui que la PMA arrive à se développer sans heurt et à grande vitesse dans l'espace proprement médical, l'un des hauts lieux du savoir occidental. En dehors de cet espace cependant, les spécialistes en procréatique se butent à une vive résistance sociale, politique, éthique, et idéologique puisant à plus d'une source et faisant entendre la voix inquiète, indignée parfois, de nombreuses catégories d'individus décontenancés par les dérives réelles ou éventuelles du phénomène. Telle est la conjoncture du moment. Les experts avec qui nous nous sommes entretenus en ont tous conscience. Il s'agit pour eux d'une pression extra ou encore méta-médicale à laquelle ils ne peuvent se dérober, même lorsque retranchés dans leur enclave ultraspécialisée. Ils sont en effet citoyens de la même société que nous et leur pratique est loin de s'exercer dans le vide historique absolu, bien au contraire. Nous sommes prêts à faire connaître leur voix.

#### *La position des praticiens*

Nous allons utiliser ici les grands thèmes dont nous avons fait état plus haut (p. 5).

##### *a. Le démarrage et les coûts*

La mise sur pied d'un programme de fécondation *in vitro* est décrite partout comme l'affaire d'abord d'une seule personne: l'obstétricien-gynécologue. Il se perçoit comme la bougie d'allumage. L'entreprise lui semble un travail d'artisan sur tous les plans: installation adéquate des infrastructures, obtention de subventions gouvernementales ou privées, création d'une expertise compétente, etc. Sans le support des institutions hospitalières, affirme ce type de spécialiste, il n'aurait pas été possible d'organiser des services professionnels. En même temps, on prétend avoir dû composer avec les limites mêmes des institutions (espace, budget, etc.), malgré leur ouverture réelle au développement de la PMA. Ce qui a entraîné, semble-t-il, un démarrage moins étendu en services que l'idéal prévu ou souhaité.

Les coûts engendrés par l'implantation et le développement de la PMA sont évidemment considérables, ce qui a exigé le soutien essentiel des centres hospitaliers. Dans les entrevues, il est mentionné qu'au support initial des centres devait se substituer la prise en charge des coûts par les couples en traitement et, dans certains cas, devait être effectué un remboursement direct à l'hôpital des montants défrayés. Comme le gouvernement ne peut tout financer, c'est le moyen trouvé

pour faire face aux frais: «Les coûts s'amortissent avec le nombre qui est fait». Le discours suggère ici que deux logiques s'entrecroisent dans l'essor de la PMA: celle du service médical assuré par un équipement technoscientifique indispensable et onéreux, celle de l'entreprise qui doit arriver financièrement. L'équilibre serait peu facile entre ces deux logiques d'action, si tant est qu'il existe. On laisse entendre que les mobiles ne sont pas toujours exempts d'intérêt mercantile. On évoque aussi de multiples recoupements entre l'industrie pharmaceutique d'une part, l'implantation de services de PMA d'autre part et la recherche en ce domaine.

b. *La recherche*

Elle est exigée, d'après les divers experts, par le besoin constant d'améliorer à la fois la médication et les techniques d'intervention en vue d'atteindre l'efficacité maximale. Répondre aux besoins de la «clientèle» suppose inévitablement, selon eux, une activité continue de recherche. En outre, la nature récente et expérimentale de plusieurs modes de traitement —on tente constamment d'améliorer et de mieux contrôler les divers procédés techniques tels que la congélation, les milieux de culture, les médications hormonales, etc.— entraîne un continuel ajustement des protocoles en se donnant comme critère la prodigieuse recherche effectuée à l'échelle internationale. La nature récente de la PMA et son origine expérimentale contribuent à la structurer comme un programme à la fois clinique et de recherche. Au Québec, et partout ailleurs semble-t-il, la recherche sur la reproduction animale a préparé le terrain à la logique d'intervention en infertilité.

Tous les experts médicaux sans exception insistent sur la nécessité de la recherche tant clinique que fondamentale. La recherche clinique, selon un des biologistes rencontrés, «n'est pas quelque chose qui fait avancer les connaissances humaines, c'est quelque chose qui est utile». La recherche fondamentale est vue comme portant sur des sujets non pas d'application immédiate mais susceptibles de le devenir. De plus, la compétition et les subventions sont pointées comme les grandes composantes politico-économiques de la recherche, qu'elle soit de type fondamental ou clinique.

Y a-t-il des visites d'une clinique à l'autre? Y a-t-il des contacts ou des collaborations entre experts travaillant à des endroits différents? Pas beaucoup, semble-t-il, dans le milieu francophone. On mentionne que le domaine de la FIV est assez fermé et isolé. On admet volontiers qu'une très forte compétition existe mais elle s'observerait davantage entre les institutions qu'entre les chercheurs. Lorsqu'il y a une ouverture sur l'extérieur en matière de recherche, c'est en dehors du Québec, c'est-à-dire vers l'Europe (Angleterre, France, ...), l'Australie, les États-Unis. On entretient les contacts à la fois par la consultation régulière de périodiques spécialisés et par des visites pour se mettre à l'heure des dernières innovations. Un médecin affirme à propos d'un nouveau procédé: «On va le commencer dès que l'on va se sentir assez solide [...] Je constate: cela se fait. Alors je me dis: si cela se fait,

on est capable. Je n'ai pas le complexe du "Canayen-Français". S'il y a du monde qui le fait n'importe où, en Angleterre, aux États-Unis, on est prêts, nous aussi.»

### c. *L'intervention professionnelle*

Il s'agit essentiellement de la dispensation du *service* médical déjà mentionné plus haut. C'est une tâche d'équipe: plusieurs experts collaborent suivant un partage de rôles fondé sur la compétence, parfois aussi l'expérience. Le médecin est le coordonnateur en chef de chaque équipe, il donne le ton. Officiellement, les autres intervenants lui fournissent des biens et des services spécialisés: tests de laboratoire, assistance en salle d'intervention, avis techniques, recettes pratiques pour manipuler les instruments, évaluations psychosociales, etc.

On ne doit pas être surpris que la représentation des rôles et des fonctions professionnelles varie selon le type d'intervenant. L'*obstétricien-gynécologue*, nous venons de le dire, se perçoit comme le premier responsable scientifique de l'équipe. Il est bien conscient que chaque cliente a sa propre histoire de vie, mais il intervient avant tout sur un «système» biomécanique déficient, celui de la reproduction, la composante psychologique de la cliente devant être prise en charge par les autres experts de son équipe. Il perçoit son «service à la clientèle» comme un service technique à but thérapeutique. Il raisonne, dès le départ, selon les «indications»:

Le taux naturel, c'est 20%. Chez un couple normal, le taux de fécondabilité par cycle, c'est de 20%. Tout dépend des indications. Si l'on fait de la FIV pour une infertilité soi-disant inexplicable, 20 à 30% des femmes sur la liste d'attente vont devenir enceintes. Soit en attendant, soit qu'elles ont eu un cycle de FIV. Pour ce qui est de la femme qui n'a pas de trompes, qui a les trompes complètement obstruées, c'est certain qu'elle ne deviendra pas enceinte sur la liste d'attente. L'indication principale de la FIV c'est un facteur tubaire ou pelvien irréparable: il y en a d'autres mais c'est celle-là qui est l'indication clé. De plus en plus on en fait pour des facteurs mâles parce que la FIV est devenue non seulement un traitement mais aussi un test. Il permet de voir si le sperme peut féconder l'œuf. C'est la seule façon de l'apprécier: cela féconde ou pas. S'il n'y a pas fécondation, il va falloir un donneur, c'est tout.

Outre les indications, la notion de «taux de succès» — la logique probabiliste — surgit vite dans le discours du clinicien. Voici un exemple qui concerne les problèmes tubaires:

C'est une question d'évaluer des pourcentages, des chances de succès. Il existe des problèmes tubaires tels que l'on ne pourra offrir plus de 5 à 10% de chances de grossesse si l'on opère. La FIV en offre plus que cela. La clientèle fera son choix à partir de ce qu'on va lui proposer. Si la femme est jeune, on va lui proposer de jouer sur les deux tableaux. On va tenter la chirurgie: si les trompes sont débloquées, elle peut devenir enceinte très facilement. Si après six mois, un an, elle n'est pas devenue enceinte, on peut faire un cycle de FIV. Si elle devient enceinte, parfait! Si elle ne le devient pas, les trompes sont encore là, elle peut encore devenir enceinte avec ses trompes. Il y a moyen de jumeler les deux. Par contre, on ne proposera pas de chirurgie à une femme de plus de trente-huit ans. Si on l'opère, on la rend capable d'être enceinte mais elle ne voudra peut-être plus de grossesse dans deux ans. En l'opérant, on l'enlève peut-être dans un problème qu'on peut éviter en faisant un transfert *in vitro* car elle va le savoir tout de suite: si elle devient enceinte, parfait! Si elle ne devient pas enceinte, elle réfléchira: veut-elle,

ou non, se réessayer encore? Mais elle ne s'engagera pas pour les années à venir où elle risque de ne plus vouloir de grossesse.

Par ailleurs, il semble que les taux statistiques soient basés sur une notion très élastique, donc peu fiable. Tout dépend en pratique des points de départ et d'arrivée. Si on veut produire de «beaux chiffres», on n'a qu'à s'en tenir aux «beaux cas» mais ceux-ci ne constituent qu'une fraction seulement de tous les cas traités en FIV. Un médecin :

Quand on fait des statistiques par cycle, par stimulation, par aspiration, et que l'on veut avoir de beaux chiffres, il suffit alors d'exclure les facteurs mâles, les femmes qui dépassent quarante et même trente-huit ans, celles qui en sont à leur cinquième ou sixième tentative, qui ont été ailleurs, etc. Cela va donner de beaux chiffres, mais comme service à la clientèle, on ne sera pas devant l'efficacité. Il y a toujours deux choses : est-ce qu'on cherche vraiment à offrir un service à la clientèle ou si l'on cherche à avoir de beaux chiffres? Évidemment qu'en pratique, on veut les deux. Mais pour cela, il est important que les statistiques présentées reflètent bien les deux préoccupations.

Le taux de réussite est le nerf de la guerre entre les équipes concurrentes de PMA. D'une part, il est peu élevé dans les faits, d'autre part, la FIV comporte plusieurs risques non contrôlés encore, en particulier celui de la grossesse multiple.

La ligne ne semble jamais clairement tracée entre la pratique standardisée d'une ou de plusieurs techniques et l'essai pour «se faire la main». La situation oscille très souvent entre l'approche dite thérapeutique et l'expérimentation. La femme semble être à la fois une patiente et une cobaye. Un médecin :

C'est comme le spécialiste qui commence à faire de la chirurgie tubaire : s'il en fait une par mois, il n'aura pas les taux de grossesse de celui qui va en faire toutes les semaines, de celui qui en fait depuis dix ans. Il est vrai qu'on est rompu aux techniques d'induction d'ovulation, mais c'est différent de faire la surstimulation ovarienne en vue d'une FIV. C'est différent parce qu'il faut pousser le plus loin possible et pas trop non plus pour éviter que l'ovulation se fasse avant le temps. Il faut donc toujours ajuster nos protocoles : d'où la nécessité d'une certaine période d'adaptation. Pour ce qui est de la technique d'aspiration, on s'est pratiqué à l'occasion de laparoscopies. On a rodé nos protocoles auprès de patientes qui subissaient une ligature de trompes et qui avaient donné leur accord. On les stimulait et on faisait une laparoscopie quand les œufs étaient mûrs. Cela a permis de mettre au point tout le monitoring échographique et les techniques d'aspiration. On a pu ensuite commencer pour de bon.

Dans l'esprit du clinicien, les nouvelles technologies reproductives seraient moins risquées que bien des types de chirurgie, de sorte que l'on exagérerait inutilement les dangers réels ou potentiels :

Il est certain que cela ressemble à n'importe quel acte médical : parfois il y a des complications dans ce que l'on peut faire mais jamais personne n'en meurt ! De plus, les complications ne sont jamais majeures.

Passons à un autre intervenant-clé : le *biologiste*. Son rôle s'inscrit dans un espace plus ou moins extensible selon l'équipe de rattachement et aussi selon la capacité personnelle d'initiative du ou de la titulaire, son pouvoir d'autonomie professionnelle. Une directrice de biologie clinique tient à dire qu'elle rencontre tous les couples, même si sa fonction scientifique ne l'y oblige pas :

C'est très relatif à notre clinique. Il n'y a aucun chercheur ou directeur de laboratoire qui entreprend cette démarche de rencontrer tous les couples. C'est un rôle que je m'attribue moi-même dans mon travail. Je ne connais pas de clinique où la chose existe. C'est d'ailleurs perçu comme une perte de temps par certains membres de l'équipe. Mais pour moi, c'est une priorité.

Elle trouve important d'agir ainsi pour compenser le manque apparent d'«humain» dans l'ensemble du processus :

Je collabore avec les personnes les plus intervenantes, soit la travailleuse sociale et l'infirmière. Ensemble nous assurons une approche plus humaine dans un processus qui ne l'est pas tellement [...] Les médecins ne sont pas très souvent en contact avec les couples. C'est le gros problème. Ils les rencontrent quelquefois mais n'ont pas vraiment le temps étant des spécialistes très occupés. Voilà pourquoi ils s'attendent à du fonctionnement efficace de la part des intervenants.

Un second biologiste, moins socialement interventionniste selon toute apparence, définit son rôle plutôt par ses liens de travail avec les autres spécialistes, faisant ainsi voir tout le côté conflictuel ainsi que le délicat empiètement sur les zones «réservées» d'expertise technique :

J'ai été approché, on a commencé à se réunir, à discuter. J'ai vécu des conflits — appelons cela des conflits personnels — avec des collègues gynécologues d'ici. J'ai claqué la porte et je suis parti. Plus tard, des gens de M... m'ont contacté. On a collaboré doucement, on s'entendait bien sur le plan interpersonnel. Les champs de compétence et d'intervention étaient bien définis : les gynécologues faisaient leur travail, les biologistes fonctionnaient à leur façon et c'était l'accord. Ici, je digérais mal que des gynécologues viennent me dire comment les choses doivent se passer dans un laboratoire : il y avait de la prétention de leur part.

Comment le biologiste se perçoit-il en plein travail sur les embryons ?

C'est une technique qui demande beaucoup de présence quand on la pratique : il faut vérifier la qualité de tout ce qu'on a, contrôler tous les paramètres, tester certains milieux, etc. Lorsqu'on a plusieurs couples avec embryons, il ne faut pas se tromper de tube, ce qui exige déjà une grande concentration. Le principe est simple, mais cela demande une minutie incroyable, à cause des moindres détails qui peuvent influencer. On reçoit une boîte de seringues, elles sont peut-être toxiques sans qu'on le sache. Il faut donc vérifier les seringues avant toute opération. Manipuler un embryon, le transvider dans un autre plat est extrêmement délicat vu que c'est plus petit qu'un grain de sable. Il faut l'entrer dans le petit tube, l'aspirer ; le tube ne doit pas être trop petit sinon l'embryon va être écrasé. Il faut donc forger un tube ou une pipette de la bonne grosseur, faire très attention en mettant celle-ci dans l'éprouvette car le liquide peut éclabousser partout. Bref il faut beaucoup de minutie, de la dextérité et de l'assurance. Juste à penser qu'on peut échapper un embryon humain, qu'on peut s'accrocher dans une poubelle provoque une bonne dose de stress quand on commence à travailler dans ce domaine.

Quelle importance accorde-t-il au taux de grossesse ?

C'est un milieu féroce de compétition. On l'observe chez les gynécologues. En principe, les biologistes s'entendent relativement bien mais il y a une vive compétition derrière. Pour ce qui est du premier bébé, il ne faut pas se cacher qu'il y avait une course entre les gens de X... maintenant rendus à Y... et les gens de Z... Étant donné le contexte de relations difficiles, cela a fait mon affaire de les dépasser et d'avoir le premier bébé [...] Certaines cliniques ont des taux plus élevés que d'autres. C'est un effet de boule de neige : plus on est gros, plus on a une grosse clientèle, plus aussi on peut choisir ses cas. Plus on est gros, plus on retient des cas «straight forward». [...] Plusieurs experts font du bruit avec les taux de succès, c'est certain !

Troisième intervenante majeure: la *psychologue*. Quand est-elle appelée, selon elle, à intervenir? Un témoignage:

Chaque fois que le moyen de procréation s'avère marginal ou encore qu'on pense recourir à un tel moyen, l'aide est fortement suggérée. À un point tel que l'on va dire à un couple engagé dans le processus décisionnel quant aux techniques et qui n'a pas encore consulté: « Votre dossier n'est pas complet, vous n'avez pas rencontré la psychologue. »

Par rapport aux médecins cliniciens, la psychologue se voit comme responsable de sensibiliser les couples aux conséquences humaines des interventions médicales:

Je pense qu'une fois que les médecins sont intervenus — et bien intervenus — sur le plan technique, leur travail s'arrête là. C'est très différent pour la psychologue face, par exemple, aux embryons surnuméraires congelés. Qu'en fait-on en cas d'abandon? Est-ce que ça va être quelque chose qui va ressembler à de l'adoption? Est-ce qu'on va les donner?

Par rapport à l'équipe même des experts médicaux, la psychologue se sent investie d'un rôle particulier de sensibilisation « sociale ». Elle croit que les experts médicaux la voient comme une « espèce d'objecteur de conscience » à qui, malgré tout, ils arrivent à manifester du « respect ». De son côté, elle dit voir ainsi les médecins:

Je les perçois comme des individus bien intentionnés même si parfois ils font des affaires louches. Ils ne voient pas toujours les conséquences de leurs gestes. Je trouve qu'ils restent trop au niveau de la demande.

#### d. *Les contraintes et les perspectives d'avenir*

La plus importante contrainte aux yeux des experts, ce seraient les idées fausses trop souvent véhiculées dans la population. Un médecin:

Il y a beaucoup de désinformation qui se fait dans la population par des groupes de pression. On ne sait pas exactement ce qui peut se produire. Il y a beaucoup d'épouvantails qui sont agités à propos de la fécondation artificielle.

Même l'expression « NTR » est de mauvais goût et devrait être abandonnée, surtout lorsqu'elle est brandie par les féministes. Un médecin:

On ne devrait plus employer le terme NTR, je trouve que c'est du féminisme de mauvais goût. Ce ne sont plus des nouvelles techniques de reproduction, ce sont des techniques standards. Ce n'est plus de la thérapie expérimentale non plus... il faut en revenir de ça, il faut arrêter de charrier. [...] Je vous l'ai dit tantôt qu'on ne devrait plus en parler comme de nouvelles techniques, ou que ce sont des folies, que c'est de la médecine de la planète Mars...

Jusqu'à quel point les praticiens sont-ils ouverts aux débats et controverses sur la fécondation *in vitro* dans la société? Sentent-ils le besoin de modifier leur pratique? Un médecin:

Pas vraiment. On les a oubliés, nous autres, les débats sociaux. La fécondation *in vitro*, on en a fait avant que la loi sorte. On a fait des inséminations avant que la loi sorte, on a participé à l'élaboration des critères, on a participé à l'élaboration des politiques, alors nous, ce chemin-là, on le fait constamment. La société est même en retard par rapport à ce qu'on fait, à ce qu'on peut faire aujourd'hui. C'est une décision que nous autres on prend selon notre propre éthique, nos propres jugements de valeur.

Une psychologue perçoit ainsi le rapport à la critique sociale :

On se disait au début : « On va se défendre. » Maintenant on ne veut même plus se défendre. On se dit plutôt : « Dites donc ce que vous voudrez, nous autres on va faire notre travail dans tout cela. » Bien sûr, ce serait important que les pratiques soient organisées pour qu'il ne se fasse pas de « cochonneries ». Mais nous, nous nous sommes organisés pour ne pas en faire de « cochonneries ». Voilà pourquoi nous ne gaspillons pas d'énergie à argumenter et la consacrons plutôt à poursuivre les objectifs que nous nous sommes fixés.

Les comités d'éthique sont perçus comme peu utiles, tout compte fait, pour éclairer les experts en reproduction. Une biologiste :

Un comité d'éthique va évaluer au niveau éthique, mais il ne détient pas la réponse sociale.

Les recherches effectuées aux États-Unis, les pratiques qui se répandent dans ce pays sont vues comme discutables et possiblement nuisibles à ce qui se fait au Québec. Un biologiste :

Il y a 30 % des cliniques aux États-Unis qui fonctionnent depuis plus d'un an : il n'y a pas de grossesses encore. Ils sont là pour faire de l'argent, ils en font.

En ce qui concerne l'avenir, tous les espoirs semblent permis au plan proprement scientifique et technique. Deux médecins :

Je suis convaincu qu'un jour on va aller à 50 et 70 % de grossesses en FIV et là les gens vont arrêter de dire que ce sont de mauvaises techniques. [...] Je pense que s'il y a une évolution en FIV, elle va se faire probablement par l'amélioration des techniques de congélation d'embryons, de survie embryonnaire après la congélation et décongélation. Au lieu de transférer dans des cycles stimulés, on va peut-être transférer un jour dans des cycles naturels, un ou deux embryons par mois sur les dix, où on en obtient 6 en moyenne sur 10.

L'avenir, cela pourrait être intéressant en termes de dépistage génétique à partir des embryons. [...] Cela, je pense que c'est un aspect positif.

Et l'État par rapport au progrès des techniques de procréation, comment le voit-on? Un médecin encore :

Je pense qu'il devrait statuer sur ces techniques et nous donner des lignes de conduite à suivre. Mais il faudrait faire bien attention que cela ne limite pas leur développement pour améliorer les taux de succès chez les couples infertiles. Que cela ne limite pas la recherche à faire dans un but d'amélioration.

Les dérives de la technique sont perçues comme réelles. Certains intervenants tiennent à dénoncer ce qui leur paraît inacceptable. Un biologiste :

Il y a une clinique à Hawaï qui affichait de très bons taux et on a su comment ils réussissaient : ils en remplaçaient parfois un maximum de onze. Pour eux, ce n'est pas un problème. Parce qu'ils se disent : s'il y en a 5 ou 6 qui s'attachent, on envoie les couples sur le continent et ils vont subir un avortement sélectif. Vous voyez un peu le mécanisme qui se passe. On met tout ce qu'on veut, on a le taux de succès qu'on veut, après vous allez choisir les fœtus. Moi, je trouve cela épouvantable comme procédure, comme glissement de la technique.

Malgré le danger toujours présent des glissements de la technique, on affirme que l'on doit poursuivre à condition d'être vigilant. Un médecin :

Je suis entièrement d'accord qu'il peut y avoir des dérives. C'est comme le nucléaire : il peut être utilisé pour le bien comme il peut être utilisé pour le mal.

*Remarques critiques*

L'une des articulations fondamentales, au cœur de ces discours, entre un contenu cognitif et un contenu social semble être celle qui croise ensemble la technoscience et l'économie. Une logique marchande paraît s'y trouver bien inscrite. Même s'ils ne le confessent pas directement dans leurs propos, les obstétriciens-gynécologues avouent autrement leur intérêt pour la productivité et la rentabilité au sens du marché: rappelons ici leur insistance sur le « nombre » de clientes afin de bien amortir les coûts d'équipement et de faire face aux frais. Par ailleurs, ce même concept de « nombre » s'avère crucial dans leur cadre technoscientifique. Plus il y aura en effet de patientes (input), plus se multiplieront les interventions cliniques et expérimentales, plus s'étendront en bout de ligne le pouvoir des experts ainsi que l'emprise de leurs normes conçues d'abord pour maximiser la fabrication et la qualité de « produits » (output) à la place de la nature: des gamètes, des embryons, des fœtus... Confirmation particulière d'une tendance maintenant bien répandue:

Ainsi en est-il des soins médicaux, qui prennent aujourd'hui une allure de plus en plus marchande, dans un contexte organisationnel fortement industrialisé. L'ère du médecin savant où le travail médical entre dans la sphère de la mesure, et donc du contrôle administratif et de la quantification économiste est l'ère de la médecine marchande. Plus que des soins, les malades consomment des produits médicaux, des techniques et une machinerie médicales. La science se met à la remorque de la technique. Dans les secteurs dits « de pointe » les programmes de recherche sont définis à partir d'objectifs de développement des techniques médicales (CHAUVENET, 1977, p. 138).

On est conduit à penser que les spécialistes médicaux, premiers responsables scientifiques, se représentent la PMA comme une PME particulière et se voient comme de véritables entrepreneurs occupés à tirer le maximum de rendement de leur « boîte » en profitant de la forte demande actuelle de services. Le corollaire de cette situation, c'est que les experts médicaux confondent la *nécessité* au sens technique et le *rendement* au sens économique du terme: il semble s'agir pour eux d'une seule et même chose. Pratiquant l'entrepreneurship, c'est tout d'abord comme offreurs de services spécialisés que les experts se présentent sur le marché des « soins »: ils font en sorte d'orienter, en évitant que cela ne paraisse trop officiellement, la demande de services par les femmes ou les couples infertiles (TORT, 1992). En bout de ligne, une ambiguïté profonde entacherait sévèrement la pratique professionnelle de la PMA: qui du médecin, qui de l'entrepreneur pose les gestes, prend les décisions et au nom de quelles valeurs exactement? Quelles conséquences pour la « patiente » dès que l'opportunité économique l'emporte sur l'utilité, voire la simple convenance médicale? Qu'advient-il lorsque cette logique technicienne et marchande de performance et d'efficacité est appliquée aux capacités procréatrices humaines? N'est-elle pas un remodelage des profondes structures symboliques maternelles (surtout) et paternelles?

On serait renvoyé ainsi à une seconde articulation importante dans le discours des experts en PMA: entre la connaissance scientifique ou technique (la compétence

cognitive) et l'éthique. Une typologie sommaire peut être construite d'après le type d'acteur scientifique qui a bien voulu s'exprimer. Plus l'intervenant relève par sa formation du pôle biomédical, plus il utilise des normes technoscientifiques, plus son champ éthique tend à se restreindre; plus, à l'inverse, l'acteur se rattache au pôle psychosocial, moins il utilise des normes technoscientifiques, plus son éthique tend à être englobante et sensible à la personne totale. Concrètement, le médecin clinicien qui est aussi un chercheur n'afficherait pas du tout la même éthique que le spécialiste en relation d'aide. Le biologiste non plus, sauf exception. Leurs discours laissent nettement deviner que, dans le feu de la compétition pour les meilleurs taux de succès, ils se permettent des interventions et des tests qui ne sont pas toujours très transparents quant au meilleur intérêt de leurs patientes. Même si leurs discours veulent persuader que des normes éthiques sont scrupuleusement respectées, on soupçonne que le besoin intense de performer pousse les experts à prendre plusieurs risques dans la pratique. Nous avançons ici —c'est une hypothèse— que les experts biomédicaux sont fortement animés par une éthique de la connaissance ressemblant beaucoup à celle esquissée par Jacques Monod dans son ouvrage *Le hasard et la nécessité* (1970), éthique essentiellement positiviste et qui cadre tout à fait avec le projet technoscientifique contemporain :

Le postulat d'objectivité, pour établir la norme de la connaissance, définit une valeur qui est la connaissance objective elle-même. Accepter le postulat d'objectivité, c'est donc énoncer la proposition de base d'une éthique : l'éthique de la connaissance. [...] L'éthique de la connaissance, créatrice du monde moderne, est la seule compatible avec lui, la seule capable, une fois comprise et acceptée de guider son évolution (MONOD, 1970, p. 220-221).

Permettons-nous toutefois d'ajouter que si la connaissance scientifique objective devient la valeur suprême au point de tout se subordonner, les dangers d'excès émergeront vite... ce dont la PMA québécoise, d'après notre recherche, ne peut se dire complètement exempte.

Les discours suggèrent encore qu'il existerait dans chaque équipe experte une sorte de division du travail éthique. Le clinicien en chef paraît s'occuper du « problème » physiologique d'infertilité et s'en remet à son code déontologique pour transiger avec ses patientes. Par contre, les autres équipiers —selon les cas, la travailleuse sociale, la psychologue ou l'infirmière— semblent avoir pour rôle formel de s'occuper de la personne entière afin de l'aider à traverser toutes les phases du traitement décidé par le médecin. Plus large et plus souple peut-être que celle du chef d'équipe, l'éthique pratiquée par ces intervenants « sociaux » n'en reste sans doute pas moins dans la pratique très fonctionnelle. Elle concerne, les discours le montrent bien, l'accompagnement de la patiente et elle viserait la meilleure adaptation possible à un processus réglé sur des normes technoscientifiques contraignantes au nom du progrès de la connaissance. Autrement dit, les experts non médicaux feraient acte de compétence mais dans un espace d'intervention déjà prénormé par la technoscience. Leur influence, dans ces conditions, demeure inévitablement mitigée. Ils peuvent certes corriger des points de détail mais ne peuvent

aller contre le courant technoscientifique principal. Sociale d'esprit, leur éthique aide sans doute les couples à mieux se sensibiliser aux conséquences non médicales de la PMA, à adopter une position critique au besoin, voire à se protéger légalement contre les abus possibles des intervenants médicaux (congélation et utilisation des embryons surnuméraires, en particulier), mais l'éthique la plus « sociale » dont on perçoit la présence dans la PMA demeure une éthique d'accommodation : elle ne va pas jusqu'à remettre en question les principes et intérêts sous-jacents à l'interventionnisme clinico-expérimental. Lorsqu'elle déborde sur la « gauche », elle reste conciliante vis-à-vis de l'expertise proprement médicale. La PMA semble être le lieu d'une culture d'entreprise bien particulière où l'esprit de corps domine, en pratique, sur les tensions et les divergences de vues et où le maître d'œuvre, nulle ambiguïté sur ce plan, est l'obstétricien-gynécologue à titre d'expert en chef.

Très révélatrice aussi dans les discours, il y a la façon dont l'équipe experte conçoit la critique sociale « externe » et tente de s'y ajuster. Rappelons quelques arguments éloquentes : « Il y a longtemps que nous avons oublié les débats sociaux, car nous les avons faits avant que les lois sortent... ; la société est en retard sur ce que nous, scientifiques, réalisons et allons encore réaliser... ; dites donc ce que vous voulez : nous, on va faire notre travail sans plus discuter et on va diriger d'abord nos énergies sur nos objectifs... » Impossible de ne pas déchiffrer dans ces propos une attitude à la fois d'indifférence et de fermeture devant une critique sociale que l'on sait, dans l'ensemble, assez négative. Pris à la lettre, les discours laissent entendre que les experts disposent déjà d'une morale propre et qu'ils n'ont aucune leçon à recevoir de quiconque. S'il reflète bien la pratique, ce repli est inquiétant, car il dissimule une fausseté (la problématique de l'infertilité humaine serait exclusivement biomédicale) et il bloque en conséquence toute possibilité de dialogue constructif avec les autres acteurs compétents dans la société.

Plus troublante encore est l'affirmation du retard de la société sur la science... Pourquoi ? Parce que c'est là le mythe technoscientifique à l'état pur : la raison technicienne, modèle par excellence de rationalité, serait la seule capable de guider la société vers son plus grand bien. Ses titulaires, les scientifiques et les techniciens, auraient toute latitude pour prescrire les bonnes normes de conduite humaine dans tous les secteurs de l'existence collective (ELLUL, 1977). On pourrait ici objecter qu'il s'agit d'une affirmation isolée, marginale, peu représentative de ce que pensent et font la majorité des experts en procréatique. Sans doute n'est-ce qu'un seul discours, mais attention : le mythe affleure dans plusieurs autres propos sous différentes rubriques. Souvenons-nous, par exemple, de la position des médecins en ce qui a trait à la recherche, moteur principal du progrès de leur pratique : elle doit être poursuivie sans relâche et sur tous les fronts, et l'État ne doit que la surveiller par quelques lois, jamais la contraindre ou en freiner le développement nécessaire. Rappelons-nous aussi la vision d'avenir qu'à peu près tous les intervenants ont choisi de nous tracer : une marche ininterrompue vers toujours plus de savoir et de maîtrise technique sur la « nature », un souhait que la société dédra-

matise (la PMA «n'est pas une médecine de la planète Mars...») cet effort et l'intègre à ses structures au lieu de le refouler, ou même de tenter de l'arrêter sans raison valable.

Au point de convergence entre ces témoignages se profile assez clairement le projet d'une volonté de puissance idéologique et de contrôle au profit d'abord de l'expertise technoscientifique. Plusieurs critiques (voir l'ouvrage collectif dirigé par Jacques TESTART, 1990) s'entendent ici sur l'idée d'une mutation actuelle des fonctions traditionnelles de la médecine thérapeutique en faveur d'une médecine de fabrication artificielle de la vie, sorte de système alternatif de procréation humaine. Le directeur de la célèbre équipe Frydman et Testart, le gynécologue Papiernik, a déjà déclaré ce qui suit il y a quelques années (*Vital*, 70, juillet 1986):

Le rêve du placenta artificiel est avancé dans les recherches. C'est un rêve qui n'est pas dangereux, qui a l'air d'offrir des garanties de bonne santé et de sécurité pour les géniteurs. La grossesse artificielle, avec un placenta et une couveuse artificielle [...] serait un progrès technologique fabuleux.

Fiction ou réalité, ce nouveau lieu technoscientifique de régulation sociale de la procréation s'adressera non seulement aux personnes à risques mais aussi à des segments de population de plus en plus larges, la procréation étant, paraît-il, une «chose trop sérieuse pour être abandonnée aux aléas de la copulation» (TESTART, 1990, p. 22; voir aussi COREA, 1991). Si l'on ajoute ici même ce que d'autres discours ont déjà révélé, à savoir que la procréatique doit atteindre le rendement d'une véritable PME, ne serions-nous pas sur la trace d'un nouveau pouvoir cherchant à prendre la forme d'une véritable biocratie (LEACH, 1970; ACHARD, CHAUVENET *et al.*, 1977; THUILLIER, 1981)?

Les entrevues renseignent encore sur un autre point fort intéressant: les grandes lignes de consensus entre tous les experts, leur «nous» commun ou encore leur culture au sens anthropologique (appelée plus haut une culture d'entreprise ou, si l'on préfère, une culture organisationnelle particulière). D'un expert à l'autre, voire d'une équipe à l'autre, quel profil de convictions communes est-il possible de mettre en évidence à partir, bien entendu, des discours recensés? Voici d'abord la conviction que le physiologique (le corps organique) prime sur toute autre dimension constitutive de l'humain. Il y a ensuite la certitude que le tout premier critère pour une bonne exécution de la tâche professionnelle, c'est le contrôle technique continu (d'où la légitimité *a priori* de toute manipulation clinique et / ou expérimentale). On discerne, troisièmement, la conviction que la clef maîtresse du succès dans l'action réside dans la qualité des moyens (concepts, instruments, procédés pratiques). Apparaissent aussi, quatrièmement, le fait de trouver normal et souhaitable de travailler à repousser sans cesse les limites du savoir (et d'agrandir du même coup l'espace d'intervention experte) et, cinquièmement, le fait d'accueillir la «demande» en services comme un donné normal dans une économie de marché et de la traiter comme une construction d'abord destinée à l'«industrie» biomédicale, pour son plus grand bénéfice.

De telles croyances partagées s'inscrivent, nous semble-t-il, dans une sorte de système symbolique. Sa dominante, c'est la rationalité technoscientifique étroitement couplée avec la rationalité économique telle que mise en œuvre dans la société marchande. L'architecte principal de cette construction symbolique culturelle demeure l'obstétricien-gynécologue. Y a-t-il une prémisse courant en filigrane dans tous les discours examinés? Nous apercevons celle-ci: ce qui est technoscientifiquement réalisable (ou sur le point de l'être) ne devrait jamais être humainement ou socialement entravé, car cela vise une fin bonne en soi: le bonheur de l'être humain... Cette prémisse est loin de constituer une projection arbitraire de nous, sociologues. Voici en effet ce qu'a écrit l'éminent généticien Jean Dausset, Prix Nobel de médecine, à l'occasion d'un récent colloque scientifique sur le génome humain:

On ne peut s'empêcher d'admirer l'ingéniosité humaine qui, en quelques années, a développé tous les concepts, toutes les techniques d'abord manuelles puis de plus en plus automatiques de la chimie des nucléotides, jusqu'à l'interprétation des données en nombre fabuleux qui ne peuvent bien évidemment être traitées que par l'informatique.

Les retombées attendues ne sont pas moins impressionnantes. Il s'agit en effet de la maîtrise de la vie. Jamais l'homme n'avait pu imaginer un tel pouvoir. Une seule génération humaine comme la mienne a vu éclore et se développer cette nouvelle puissance. Génération oh! combien privilégiée, surtout pour ceux comme moi-même qui ont eu la chance d'y participer personnellement.

[...] La biologie moléculaire appliquée à des fragments d'ADN prélevés dès la dixième semaine de grossesse est un immense facteur de libération et de bonheur (MÉLANÇON et LAMBERT, 1992, p. 41).

De Monod hier à Dausset aujourd'hui, la fièvre scientifique semble loin de s'être dissipée, au contraire. De ce scientisme, les experts québécois en PMA font assez généreusement leur miel si l'on se reporte au contenu de leurs discours. Ne s'y dissimule-t-il pas le danger que, à travers l'emportement de l'aventure proprement scientifique, les experts aperçoivent de moins en moins bien la frontière entre ce qui est techniquement possible et ce qui est socialement souhaitable? La société ne prendra certes pas de précaution inutile en se faisant vigilante devant le développement fulgurant de la PMA, comme l'y invite avec lucidité l'auteure suivante:

We must [...] consider what social conditions have led to the development of that practice, whose interests are served by it (and whose are harmed) and how its widespread use may change power structures in society (SHERWIN, 1989, p. 261).

Chantal DORÉ

Pierre SAINT-ARNAUD

*Département de sociologie,  
Université Laval.*

## BIBLIOGRAPHIE

- ATHÉA, Nicole, « La stérilité : une entité mal définie », dans : Jacques TESTART, *Le magasin des enfants*, 1990 Paris, François Bourin, 37-71.
- BLOOR, Daniel, *Knowledge and Social Imagery*, London, Routledge and Kegan Paul. (Traduction française : Paris, Association Pandore, 1983.)
- BURFOOT, Annette, « The normalisation of a new reproductive technology », dans : M. MCNEIL, I. VAR-1990 COE et S. YEARLEY (dir.), *The New Reproductive Technologies*, MacMillan, 58-73.
- CALLON, Michel et Bruno LATOUR (dir.), *La science telle qu'elle se fait*, Paris, La Découverte. 1991
- CHALMERS, Alan, *La fabrication de la science*, Paris, La Découverte. 1990
- CHAUVENET, Antoinette, « Biologie et gestion des corps », dans : P. ACHARD et al., *Discours biologique et ordre social*, Paris, Seuil. 1977
- COLLINS, Harry M., *Changing Order : Replication and Induction in Scientific Practice*, London, Sage. 1985
- COREA, Gena, *The Mother Machine : Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*, New York, Harper and Row. 1985
- COREA, Gena, « How the new reproductive technologies will affect all women », dans : P.H. HYNES 1991 (dir.), *Reconstructing Babylon. Essays on Women and Technology*, Bloomington et Indianapolis, Indiana University Press, 41-60.
- DAUSSET, Jean, « Des questions pour le présent et le futur », dans : M.J. MÉLANÇON et R.D. LAMBERT 1992 (dirs), *Le génome humain. Une responsabilité scientifique et sociale*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, 37-48.
- DE KONINCK, Maria, 1988, *Femmes, enfantement et changement social : le cas de la césarienne*, Faculté 1988 des sciences sociales, Québec, Université Laval. (Thèse de doctorat en sociologie.)
- ELLUL, Jacques, *Le système technicien*, Paris, Calman-Lévy. 1977
- FOUREZ, Gérard, *La construction des sciences*, Bruxelles, De Boeck-Wesmael. 1992
- GAVARINI, Laurence, « La stérilité : un problème socialement construit avec la procréation médicalement 1989 assistée », dans : C. GENDRON et M. BEAUREGARD (dirs), *L'avenir-santé au féminin*, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, 217-240.
- HAGSTROM, Warren O., *The Scientific Community*, New York, Basic Books. 1965
- HOTTOIS, Gilbert, *Le paradigme bioéthique. Une éthique pour la technoscience*, Bruxelles, De Boeck-1990 Wesmael.
- KATZ ROTHMAN, Barbara, *Recreating Motherhood. Ideology and Technology in a Patriarchal Society*, 1989 New York et London, W.W. Norton Co.
- KNORR-CETINA, Karen, *The Manufacture of Knowledge*, Oxford, Pergamon Press. 1981
- KNORR-CETINA, Karen et Michael MULKAY (dirs), *Science Observed : Perspective in the Social Study 1983 of Science*, London, Sage.
- KUHN, Thomas, *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago, The University of Chicago Press. 1962 (Traduction française : Paris, Flammarion, 1972.)

- LABORIE, Françoise, «D'une banalisation sans évaluation et de ce qui peut s'ensuivre», dans: Jacques 1990 TESTART (dir.), *Le magasin des enfants*, Paris, François Bourin, 83-106.
- LATOUR, Bruno et Steve WOOLGAR, *Laboratory Life: The Social Construction of Scientific Facts*, Lon- 1987 don, Sage. (Traduction française: Paris, La Découverte, 1988.)
- LATOUR, Bruno, *Science in Action*, Milton Keynes, Open University Press. (Traduction française: Paris, 1987 La Découverte, 1989.)
- LAURENDEAU, Francine, «La médicalisation de l'accouchement», dans: Francine SAILLANT et Michel 1987 O'NEILL (dirs), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, St-Martin, 125-162.
- LEACH, Gerard, *The Biocrats: Implications of Medical Progress*, London, J. Cape Ltd. (Traduction 1970 française: Paris, Seuil, 1970.)
- MARCUS-STEIFF, Joachim, «Les taux de "succès" de la FIV. Fausses transparences et vrais mensonges», 1990 *La Recherche*, 21, 225: 1300-1312.
- MERTON, Robert K., *The Sociology of Science*, Chicago / London, The University of Chicago Press. 1973
- MONOD, Jacques, *Le hasard et la nécessité*, Paris, Seuil. 1970
- OAKLEY, Ann, *The Captured Womb. A History of the Medical Care of Pregnant Women*, Oxford, Basil 1984 Blackwell.
- PRICE, Frances V., «The risk of high multiparity with IVF / ET», *Birth*, 15, 3: 157-163. 1988
- PRICE, Frances V., «The management of uncertainty in obstetric practice: Ultrasonography, in vitro 1990 fertilisation and embryo Transfer», dans: M. McNEIL, I. VARCOE et S. YEARLEY (dirs), *The New Reproductive Technologies*, MacMillan, 123-153.
- QUÉNIART, Anne, *Le corps paradoxal. Regards de femmes sur la maternité*, Montréal, St-Martin. 1988
- QUÉNIART, Anne, «Le traitement médical de la maternité: morcellement du corps, effacement des 1989 femmes», dans: C. GENDRON et M. BEAUREGARD (dirs), *L'avenir-santé au féminin*, Bou- cherville, Gaëtan Morin éditeur, 67-81.
- RENAUD, Marc et al., «Regard médical et grossesse en Amérique du Nord: l'évolution de l'obstétrique 1987 prénatale au 20<sup>e</sup> siècle», dans: Francine SAILLANT et Michel O'NEILL (dirs), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, St-Martin, 181-212.
- SAILLANT, Francine et Michel O'NEILL (dirs), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et 1987 culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal, St-Martin.
- SHERWIN, Susan, «Feminist ethics and new reproductive technologies», dans: C. OVERALL (dirs), *The 1989 Future of Human Reproduction*, Toronto, The Women's Press, 259-271.
- STORER, Norman, *The Social System of Science*, New York, Rinehart and Winston. 1966
- TESTART, Jacques, *Le magasin des enfants*, Paris, François Bourin. 1990
- THUILLIER, Pierre, *Les biologistes vont-ils prendre le pouvoir?*, Bruxelles, Éditions Complexe. 1981
- TORT, Michel, *Le désir froid. Procréation artificielle et crise des repères symboliques*, Paris, La Dé- 1992 couverte.

- VACQUIN, Monette, « Le face-à-face de la science et du sexuel », dans: Jacques TESTART, *Le magasin des enfants*, Paris, François Bourin, 281-298.
- VANDELAC, Louise, *L'infertilité et la stérilité: l'alibi des technologies de procréation*, Paris, Université Paris VII, Jussieu. (Thèse de doctorat en sociologie.)
- VANDELAC, Louise, « La face cachée de la procréation artificielle », *La Recherche*, 213: 1112-1124. 1989
- WAGNER, Marsden G. et Patricia ST-CLAIR, « Are in-vitro fertilisation and embryo transfer of benefit to all? », *Lancet*, 28: 1027-1029. (Édition française: Jacques TESTART (dir.), *Le magasin des enfants*, Paris, François Bourin, 1990.)